

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THÈSE

1145

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

-4 DEC 1951

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

Henri GIRARD

Né le 9 avril 1924, à Matha (Charente-Maritime)

TRAITEMENT

DU

Prolapsus du Rectum

secondaire à l'amputation périnéale
pour Cancer

Président de Thèse : M. P. MOULONGUET-DOLERIS, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1951

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

Henri GIRARD

Né le 9 avril 1924, à Matha (Charente-Maritime)

TRAITEMENT

DU

Prolapsus du Rectum

secondaire à l'amputation périnéale
pour Cancer

Président de Thèse : M. P. MOULONGUET-DOLERIS, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1951

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Olivier (E.)
Anatomie pathologique	Leroux (R.)
Bactériologie	Gastinel (P.)
Biologie médicale	Verne (J.)
Cancérologie médicale et sociale	Huguenin (R.)
Carcinologie	Oberling (C.)
Chimie médicale	Polonovski (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu Brocq (P.)
	Saint-Antoine ... Cadenat (F.)
	Salpêtrière Mondor (H.)
	Cochin Quénu (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de cardiologie	Donzelot (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	Fèvre (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	Monod (R.)
Clinique de la tuberculose	Bernard (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	Petit - Dutailis (D.)
Clinique de puériculture	Lelong (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot (H.)
Clinique des maladies du sang	Chevallier (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine (T.)
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay (J.)
Clinique gynécologique	Moequot (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu Bénard (H.)
	Bichat Laroche (G.)
	Cochin Harvier (P.)
	Pitié Lian (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Justin - Besançon (L.)
Clinique médicale propédeutique	Pasteur Vallery-Radot (L.)
Cliniques obstétricales	Tarnier Lantuejoul (P.)
	Baudelocque ... Lévy-Solal (E.)
	Port-Royal Portes (L.)
Clinique ophtalmologique	Velter (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaître (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet (C.)
Clinique psychiatrique infantile	Henyer (C.)
Clinique rhumatologique	Coste (F.)

Clinique stomatologique	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque (J.)
Clinique thérapeutique médicale	Chabrol (E.)
Clinique urologique	Fey (B.)
Embryologie	Giroud (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Bariéty (M.)
Histologie	Champy (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala (J.)
Hygiène et médecine préventive	Joannon (C.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Piédelièvre (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Gailliard (H.)
Pathologie chirurgicale	De Gaudart d'Al-laines (F.)
Pathologie exotique	Lavier (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire (A.)
Pathologie médicale	Moreau (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes (L.)
Pharmacologie et matière médicale	Hazard (R.)
Physiologie	Binet (L.)
Physique médicale	Strohl (A.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale	Moulouguet (P.)
Thérapeutique	Turpin (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	Cordier (J.-C.)	Obstétrique	Merger (R.)
	Pr. s. ch.		Ravina (J.)
	Debeyre (J.)		Varangot (J.)
Anatomie pathologique	Delmas (A.)	Ophtalmologie	Offret (G.)
	Gauthier-Villars		Desvignes (P.)
	(Mlle P.) Pr.s.ch.		Halphen (E.)
Bactériologie	Busser (F.)	Oto - rhino - laryngologie	Pr. s. ch.
	Fasquelle (R.)		Maduro (R.)
	Nevot (A.)		Brumpt (L.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)	Parasitologie	Chabaud
	Ettori (J.)		Aboulker (P.)
	Pr. s. ch.		Baumann (J.)
Chimie médicale	Jayle (M.-F.)	Pathologie chirurgicale	Gosset (J.)
	Pr. s. ch.		Huguier (J.)
	Schapira (G.)		Laurence (G.)
Dermato - Syphiligraphie	Degos (R.)	Pathologie expérimentale	Léger (L.)
	Bulliard (H.)		Olivier (Cl.)
	Pr. s. ch.		Padovani (P.)
Histologie	Coujard (R.)	Pathologie médicale	Poilleux (M.)
	Desclaux (P.)		Roux (M.)
	Debray (C.)		Rudler (J.-C.)
Hygiène	Boyer (J.)		Verne (J.-M.)
	Deparis (M.)		
	Derobert (L.)		
Médecine légale	Gaultier (J.)		Merklen (P.)
Neurochirurgie	N...		Bernard (J.)
Neurologie	Sèze (S. de)		Boudin (G.)
	Grasset (J.)		Castaigue (P.)
	Lepage (F.)		Conte (M.)
Obstétrique	Mayer (M.)		Decourt (J.)
			Domart (A.)

	MM.		MM.
Pathologie m cale	Dreyfus (Gilbert)	Physiologie	Bargeton (D.)
	Fauvert (R.)		Parrot (J.-L.)
	Hamburger (J.)	Physique médicale	Dognon (A.)
	Kourilsky (R.)		Pr. s. ch.
	Lamy (M.)		Djournon (A.)
	Maurie (G.)	Psychiatrie	Gougerot (L.)
Pédiatrie	Milliez (P.)		Baruk (H.)
	Perrault (M.)	Psychiatrie infan- tile	Michaux (L.)
	Rambert (P.)	Stomatologie	Chaput (Mme A.)
	Thieffry (St.)	Thérapeutique ...	Brouet (chargé de l'enseignement)
	Turiaf (J.)		Kuss (R.)
Pharmacologie	Laplane (R.)	Urologie	
	Marie (J.)		
	Lévy (Mlle J.)		
	Pr. s. ch.		
	Cheyamol (J.-H.)		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. Basset (A.) (Pathologie chirurgicale), Brindeau (A.) (Obstétrique)
Gatellier (J.) (Clinique chirurgicale), Le Lorier (V.) (Obstétrique)
Vaudescal (R.) (Obstétrique)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgi- cale	Ameline (A.)	Clinique médicale	Marchal (G.)
	Funck - Brentano (P.)		Mouquin (M.)
	Ménégaux (G.)		Soulié (E.)
	Patel (J.)	Clinique obstétri- cale	Digonnet (L.)
	Sicard (A.)		Eccalle (G.)
Clinique médicale	Boulin (R.)	Clinique ophtal- mologique	Lacomme (M.)
	Brouet (G.)		Sureau (M.)
	Cachera (R.)	Clinique oto-rhi- no - laryngolo- gique	Renard (G.)
	Delarue (A.)		Aubin (A.)
	Garcin (J.)	Clinique urologi- que	Couvelaire (R.)
	Haguenau (M.)		
	Lenègre (J.)		

	MM.
Secrétaire de la Faculté ..	Morel (J.)
Secrétaire-adjoint	Mlle Chaintrenil (G.)
Bibliothécaire en Chef	Docteur Hahn (A.)
Bibliothécaires	Mlles Dumaitre (P.), Goichon (A.-M.)
	Laurent (R.), Le Noir (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui je dois tout, et dont le dévouement et les sacrifices inlassables m'ont permis de mener à bien ces longues études.

Je leur dédie cet ouvrage, faible témoignage de ma très profonde affection.

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

Meilleurs sentiments d'affection.

MEIS ET AMICIS

A MA CHÈRE FIANCÉE

*Que cette preuve de mon profond
amour soit un gage de notre futur
bonheur.*

A MON GRAND-PÈRE

M. LE DOCTEUR A. AUGRY D'ORFOND

Médecin-Commandant de Première Classe
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'inspira peut-être ma vocation.
In memoriam*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MES GRANDS-PARENTS ET DE CEUX
DE MA FAMILLE QUI NE SONT PLUS

Mes pensées pieuses et ferventes.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153323_0068

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. MOULONGUET-DOLÉRIE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Nous lui adressons tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, et nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de nos respectueux hommages.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOTRE CHER MAITRE

M. LE DOCTEUR L. SEBILEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de La Roche-sur-Yon

*Nous n'oublierons jamais qu'après nous
avoir prodigué pendant trois ans les
inappréciables conseils de son ami-
tié, il voulut bien nous fournir le
sujet de notre thèse inaugurale et
nous aider à la mener à bien.*

*Que ce témoignage de profonde recon-
naissance et de respectueuse sympa-
thie pour son exceptionnelle sollici-
tude à notre égard soit une preuve
de notre sincère attachement,*

A M. LE DOCTEUR R. JOUSSEMET

Ex-Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien des Sanatoriums Publics

*Témoignage de vive reconnaissance et
de respectueuse gratitude pour toutes
les attentions qu'il a eues pour nous,
pour la confiance qu'il nous a manifestée
et l'intérêt qu'il nous a toujours porté.*

A MADAME LE DOCTEUR JOUSSEMET-LEFÈVRE

Ex-Chef de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

*En respectueux hommage de notre reconnaissance
pour l'estime particulière qu'elle nous a
accordée et les précieuses leçons que nous
avons tirées de son enseignement.*

En hommage de gratitude et de respectueuse admiration à tous ceux qui nous ont enseigné et nous ont toujours montré tant de bienveillance.

A M. LE DOCTEUR J. NAULLEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Ce travail lui appartient comme le fruit de ses préceptes. Il sera toujours pour nous un très haut exemple de conscience et de probité.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL DE LA ROCHE-SUR-YON

*A leurs conseils et à leur Science nous devons le meilleur de notre Art.
Pour eux grandit chaque jour notre fidèle reconnaissance.*

A M. LE DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL
DE LA ROCHE-SUR-YON

*En remerciement de l'aimable accueil
qu'il nous a réservé dans son éta-
blissement où nous avons fait notre
Internat.*

A MADAME LA SUPÉRIEURE
DES FILLES DE LA SAGESSE ET A SA COMMUNAUTÉ

*Leur immense dévouement au service
des malades a toujours été pour
nous un encouragement et un
exemple.*

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

En témoignage d'indéfectible amitié.

*« J'ay seulement fait ici un amas de
fleurs estrangières, n'y ayant fourni
du mien que le filet à les lier. »*

MONTAIGNE.

AVANT-PROPOS

M. le docteur SEBILEAU, chirurgien de l'Hôpital de La Roche-sur-Yon, ayant eu l'obligeance de nous confier il y a quelques mois une observation de prolapsus consécutif à une amputation périnéale pour cancer, nous avons pensé qu'il serait intéressant de consacrer notre thèse à l'étude de cette forme particulière de prolapsus.

Bien que traité en quelques lignes dans certains ouvrages classiques, le prolapsus post-opératoire est une affection souvent méconnue.

Cela tient sans doute à la rareté des observations. En compulsant, en effet, de nombreux travaux et rapports sur le prolapsus et le cancer du rectum, à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, nous n'avons pu en découvrir que 22, et nos recherches ont cependant porté sur 70 années comprenant plusieurs centaines de références bibliographiques. Encore nous a-t-il fallu traduire un certain nombre de textes étrangers.

Nous avons donné à notre travail la forme d'une étude d'ensemble du prolapsus secondaire à l'amputation du rectum. Après une brève introduction et quelques rappels anatomo-cliniques indispensables, un résumé de nos observations situera les différents problèmes posés par le prolapsus post-opératoire. Nous passerons à la fréquence, à l'étiologie et à la pathogénie, d'ailleurs fort obscures, de cette affec-

tion; puis nous parlerons de l'anatomie pathologique. La symptomatologie nous retiendra peu; par contre, nous nous étendrons plus longuement sur les différents traitements proposés, et nous décrirons en détail la technique que nous préconisons, description illustrée d'une partie iconographique. Après avoir envisagé les résultats éloignés du traitement, nous exposerons, pour compléter notre travail, les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature.

Nous terminerons en formulant nos conclusions.

Nous ne saurions commencer notre thèse sans remercier vivement M. le professeur P. MOULONGUET-DOLÉRIIS de nous avoir autorisé à publier trois observations personnelles qu'il a bien voulu nous communiquer. Nous lui en sommes très reconnaissants.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le prolapsus colo-rectal secondaire à l'amputation périnéale pour cancer avec abaissement est une lésion constituée par l'issue à travers le nouvel-anus périnéal d'une portion plus ou moins étendue de cette partie du gros intestin formée par le haut-rectum, le sigmoïde et parfois une portion du côlon descendant (HARTMANN). Cette procidence extra-anale du côlon abaissé peut être simple ou complète, passagère ou persistante, réductible ou irréductible.

C'est un accident peu commun et ordinairement sans gravité; néanmoins, il peut, à un moment donné, créer au chirurgien de sérieux ennuis. Ce n'est point que celui-ci se trouve désarmé; les médications sont variées, les procédés opératoires nombreux; les uns et les autres ont donné des résultats dans les formes les plus atténuées de l'affection; les formes graves font trop souvent « le tourment du médecin comme elles font celui du malade ».

Nous nous proposons dans ce travail, à partir d'une observation personnelle, de faire une étude d'ensemble — aussi complète que possible — sur cette question du prolapsus post-opératoire, et de préconiser un procédé simple, peu dangereux et efficace, de cure chirurgicale de cette affection.

Le traitement du cancer du rectum date de la seconde moitié du siècle dernier. Pendant longtemps, les seules interventions pratiquées ont été les exérèses avec sacrifice de l'appareil sphinctérien: LISFRANC fait la première amputation par voie périnéale dès 1826, mais ce n'est qu'en 1898 que la technique est vraiment mise au point par E. QUENU.

Viennent ensuite : l'amputation par voie sacrée de KRASKE en 1885; l'amputation par voie abdomino-périnéale de KÖNIG en 1882, reprise et perfectionnée par E. QUEM en 1895; l'amputation abdomino-sacrée de BOECKEL en 1897, rapidement abandonnée.

Toutes ces opérations comportent l'abaissement du bout supérieur colique de manière à obtenir un anus périnéal, coccygien ou sacré.

« Il semble logique de penser qu'après une amputation on puisse observer un grand nombre de prolapsus rectaux et génitaux. Or, il n'en est rien, et les séquelles de l'exérèse n'ont pas retenu l'attention des chirurgiens. »

Ainsi s'exprime MONNET dans sa thèse; et nous verrons que très peu d'auteurs se sont attachés à cette complication éloignée de l'amputation. SORPAILLÉ estimait, déjà quelques années auparavant, que la question de la valeur ultérieure de l'anus périnéal méritait d'être beaucoup plus étudiée qu'on ne l'avait fait jusqu'ici.

Est-ce à dire que la chute du rectum — ou plus exactement du côlon abaissé — après l'intervention soit une complication rare ? Nous ne le pensons pas. Mais les chirurgiens se sont surtout préoccupés des récidives et des métastases, considérant les ennuis fonctionnels comme négligeables auprès de ceux-là.

Cependant, pour un sujet guéri de son cancer, la survenue d'un prolapsus plus ou moins important assombrit son avenir, et il demande au chirurgien de lui supprimer son infirmité de manière à pouvoir mener une vie presque normale.

Au reste, le prolapsus post-opératoire n'a pas toujours été considéré comme une complication ennuyeuse. Certains auteurs, MONPROFIT en France, MANDEL et BREITNER en Autriche, l'ont utilisé — en le favorisant parfois — pour tenter de rétablir la

continuité. Cet essai, limité à l'opération de KRASKE avec conservation du sphincter, est tombé, comme elle, dans l'oubli.

Les complications tardives de l'anus périnéosacré ont fait l'objet, pour la première fois, d'un rapport officiel au Congrès de Chirurgie de 1897, et les rapporteurs en furent E. QUENT et H. HARTMANN. Depuis cette date, on trouve quelques mentions éparses dans la littérature française et étrangère, allemande surtout. A plusieurs reprises, HARTMANN en a étudié le traitement (1909, 1913 et 1925); en 1931, il y consacre un chapitre dans son livre sur la « Chirurgie du Rectum ».

Depuis l'ère des résections, l'amputation périnéale a perdu de son crédit, et les travaux modernes ne font plus état de ses complications. Seul, GIANGRASSO en Italie, a remis récemment en honneur (1945) l'opération de HARTMANN du prolapsus postopératoire. Il est incontestable, en effet, que l'amputation périnéale conserve encore des indications; et, partant, l'on sera amené à voir et à traiter des prolapsus secondaires.

Nous n'avons en vue dans ce travail que le prolapsus colo-rectal, laissant volontairement de côté les prolapsus génitaux, qui sont une toute autre question que nous n'envisageons pas et dont le traitement est particulier. La coexistence d'un prolapsus utérin et d'un prolapsus rectal est une exception dont nous n'avons trouvé qu'une seule observation.

Au début de cette étude, nous voulons insister sur trois points importants :

1) Le chirurgien se trouve parfois devant un prolapsus de dimensions considérables (comme celui

de notre observation personnelle), dont le traitement s'avère d'autant plus difficile que, déjà tenté à plusieurs reprises, il a été suivi chaque fois d'un échec complet.

2) Pour obtenir un bon résultat, et surtout un résultat durable, le choix du procédé n'est pas indifférent, et, quel que soit celui-ci, l'on est amené par la force des choses à des opérations importantes.

3) Il ne faut pas perdre de vue que l'on travaillera dans une zone cancérisée ou pré-cancéreuse, et que, par conséquent, il faut faire une intervention qui limitera les chances de réveil du cancer, en particulier, évitera l'ouverture de territoires lymphatiques. Pour ces raisons, il n'est pas question de passer par la voie abdominale, et l'on doit s'efforcer de tout faire par voie basse.

Aucune étude particulière n'a été consacrée jusqu'ici au traitement du prolapsus secondaire à l'amputation périnéale. C'est pour combler cette lacune que nous avons entrepris ce travail, en espérant qu'il sera de quelque utilité pour ceux qui auront un jour un cas analogue au nôtre à traiter.

CHAPITRE II

RAPPELS ANATOMO-CLINIQUES

Pour mieux comprendre les faits qui sont exposés dans les chapitres suivants, nous avons voulu rappeler ici la constitution anatomique, les rapports et la physiologie du rectum et du côlon, l'anatomie descriptive et topographique du plancher pelvien et des muscles grands fessiers, la pathologie du cancer du rectum et son traitement. Ceci, afin d'éviter au lecteur de se reporter dans les ouvrages spécialisés au cas où certaines notions lui auraient échappé.

I. — LE RECTUM ET LE COLON :

A) *Le côlon ilio-pelvien* s'étend de la crête iliaque gauche, où il fait suite au côlon descendant, à la 3^e vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum.

Le côlon iliaque est appliqué sur la fosse iliaque par le péritoine au moyen d'un fascia d'accolement; il est donc immobile. Mais une fois sur six, le fascia n'existe pas et le côlon est relié à la paroi par un court méso.

Le côlon pelvien, ou anse sigmoïde, forme un Oméga dont la situation, les rapports et la mobilité varient avec sa longueur :

— côlon pelvien normal : dans le plus grand nombre de cas, le côlon pelvien est long de 40 centimètres; il est donc assez mobile, suspendu à la paroi par un long méso ;

— côlon pelvien long, ou abdomino-pelvien : parfois le côlon pelvien est très long et peut attein-

dre jusqu'à 80 centimètres; dans ce cas, l'anse monte plus ou moins haut dans la cavité abdominale; le méso est extrêmement long ;

— côlon pelvien court : plus rarement le côlon pelvien est très court; il est peu mobile et relié à la paroi par un méso très petit. Dans quelques cas, le méso disparaît et le côlon pelvien est appliqué sur la paroi par le péritoine qui passe au-devant de lui.

Le mésocôlon a une hauteur d'autant plus grande que le côlon pelvien est plus long; normalement, la plus grande hauteur est à la partie moyenne du méso et mesure environ 15 centimètres. Il contient dans son épaisseur, avec des lymphatiques et des filets nerveux, la terminaison de l'artère mésentérique inférieure, les artères sigmoïdes et les veines correspondantes.

B) *Le rectum chirurgical* comprend essentiellement l'ampoule rectale, limitée en bas par le canal anal, prolongée vers le haut par une portion sus-ampullaire canaliculaire, longue de 5 centimètres environ, et terminée à la jonction recto-sigmoïdienne. On lui décrit deux segments :

Le segment pelvien, long de 12 centimètres, est entouré d'une gaine fibro-séreuse, formée en haut par le péritoine qui le tapisse sur toutes ses faces, sauf en arrière, et en bas par un feuillet purement fibreux. La limite antérieure de ces deux gaines est marquée par le fond du Douglas situé à environ 7 à 8 centimètres des téguments du périnée.

Cette gaine fibro-celluleuse s'étend du cul-de-sac péritonéal péri-rectal, où elle s'attache, jusqu'au périnée, où elle s'unit à l'aponévrose pelvienne. Elle est une dépendance des lames fibro-celluleuses

qui se différencient dans le tissu conjonctif de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Les parois latérales de la gaine font partie des aponévroses sacrò-recto-génito-pubiennes, d'où se détachent les ailerons des hémorroïdales moyennes. Sa paroi antérieure est formée par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers chez l'homme, le fascia vagino-rectal chez la femme; sa paroi postérieure par un feuillet fibreux rétro-rectal tendu du cul-de-sac péritonéal au périnée.

Les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs descendent en dedans de la gaine, étroitement appliqués sur la paroi rectale.

Le segment périnéal, long de 3 centimètres, est entouré par un manchon formé par l'aponévrose pelvienne, les releveurs, le sphincter externe. Latéralement, le rectum anal est en rapport avec les fosses ischio-rectales et leur contenu; en arrière, avec ces mêmes espaces qui sont séparés l'un de l'autre par une étroite cloison médiane, musculo-fibreuse, tendue du coccyx au sphincter externe et au plancher pelvien.

Plus en arrière, le rectum entre en rapport avec le sacrum, le coccyx, les vaisseaux sacrés, la chaîne du sympathique pelvien et les branches antérieures des nerfs sacrés, par l'intermédiaire du fascia rétro-rectal et de l'espace rétro-rectal.

C) *L'innervation* du rectum et du côlon est assurée par le plexus mésentérique inférieur et le plexus hypogastrique.

II. — STRUCTURE HISTOLOGIQUE :

Le rectum et le côlon sont formés de quatre tuniques :

A) *Rectum* :

Tunique *séreuse* et fibro-séreuse, précédemment décrite, constituée par le péritoine et la gaine fibreuse.

Tunique *musculaire*, qui se compose :

— d'une couche superficielle de fibres longitudinales ;

— d'une couche profonde de fibres circulaires, qui s'épaissit le long du canal anal pour former le sphincter interne.

Tunique *sous-muqueuse* qui contient le plexus veineux hémorroïdal.

Tunique *muqueuse* qui présente des replis longitudinaux et des replis transversaux ou valvules de Houston. L'épithélium est prismatique simple sur toute la hauteur du rectum, sauf dans le canal anal où il est pavimenteux stratifié.

B) *Côlon* :

La disposition est la même, mais :

— la couche superficielle longitudinale de la tunique musculaire est incomplète ;

— la muqueuse présente des valvules coliques.

III. — TOPOGRAPHIE DU PÉRINÉE :

Le périnée peut être divisé en deux parties par la ligne bi-ischiatique qui unit les deux tubérosités de l'ischion; la constitution est différente en avant et en arrière de cette ligne. Une coupe vertico-transversale montre que le *périnée antérieur* se compose de 4 plans : un plan sus-aponévrotique et 3 plans

musculo-aponévrotiques : superficiel, moyen et profond.

Ce triangle antérieur, uro-génital, est traversé :

— par l'urètre chez l'homme ;

— par l'urètre et le vagin chez la femme.

Le *périnée postérieur*, de constitution identique chez l'homme et chez la femme, ne présente pas de plans musculo-aponévrotiques superficiel et moyen. Le plan profond constitue le diaphragme pelvien principal qui occupe toute l'étendue du plancher pelvien. Il est formé par les muscles releveurs de l'anus, les muscles ischio-coccygiens et leurs aponévroses. Cette partie du périnée est occupée au centre par le canal anal et le sphincter externe de l'anus. Le canal est uni en avant au noyau fibreux central du périnée, en arrière au coccyx et au raphé ano-coccygien. De chaque côté du canal anal, et séparée de lui par de la graisse, se trouve une cavité qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne : c'est la fosse ischio-rectale.

Le péritoine pelvien ne descend pas jusqu'au contact du plan profond : il existe entre celui-ci et la séreuse un espace pelvi-viscéral qui porte en regard du rectum le nom d'espace pelvi-rectal supérieur. Le tissu cellulaire de cet espace se condense en certains points et s'organise en lames de tissu cellulo-fibro-musculaire lisse. Ces lames sont en particulier :

— l'aponévrose de Denonvilliers chez l'homme,

— le fascia recto-vaginal chez la femme,

— l'aponévrose sacro-recto-génito-pubienne ou gaine hypogastrique,

— le feuillet rétro-rectal de la gaine du rectum, qui circonscrivent le rectum respectivement en avant, latéralement, et en arrière.

En résumé, on trouve d'avant en arrière, dans la région moyenne de l'excavation pelvienne :

- l'espace pré-vésical,
- l'aponévrose ombilico-prévésicale,
- la vessie,
- l'aponévrose prostatopéritonéale comprenant dans son épaisseur : la prostate, les vésicules séminales, et la partie terminale des canaux déférents ; ou bien chez la femme : l'utérus, le vagin et le fascia recto-vaginal,
- le rectum,
- le fascia rétro-rectal,
- l'espace rétro-rectal.

IV. — MOYENS DE FIXITÉ DU RECTUM :

Le rectum constitue un moyen de soutènement pour les principaux organes pelviens ; mais il est lui-même maintenu dans sa situation, à l'état normal, par des moyens de fixité, les uns de soutien, les autres de suspension, dont la connaissance est indispensable pour comprendre la pathogénie du prolapsus et, partant, appliquer un traitement efficace.

Nous ne ferons que les énumérer.

Les moyens de soutien sont :

- les releveurs de l'an us qui fixent l'angle ano-rectal,
- les muscles du périnée postérieur,
- le nœud fibro-musculaire constituant la « poutre » du plancher pelvien (ce noyau fibreux central est formé par le centre tendineux du périnée et par les muscles qui s'en détachent ; il est donc situé en avant du canal anal),
- le sphincter anal.

Les *moyens de suspension* sont :

- le méso-rectum et le méso-sigmoïde,
- les tractus celluloux sous-rectaux,
- les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs (branches de la mésentérique inférieure),
- les ailerons du rectum, vecteurs des vaisseaux hémorroïdaux moyens (branches de l'hypogastrique),
- les lames sacro-recto-génitales,
- l'aponévrose de Denonvilliers et le fascia recto-vaginal,
- la toile aponévrotique qui double le péritoine pelvien,
- les vaisseaux hémorroïdaux inférieurs (branches de la honteuse interne).

V. — PHYSIOLOGIE DU RECTUM ET DU COLON :

Le gros intestin est animé de mouvements péristaltiques qui poussent son contenu dans le côlon descendant et l'anse sigmoïde. A l'état normal, le rectum est vide; lorsqu'une onde péristaltique chasse les fèces du côlon pelvien dans le rectum, la distension de cet organe provoque le besoin. L'expulsion des matières se fait grâce à la contraction des tuniques musculaires de l'intestin et au phénomène de l'effort. Les fibres circulaires, en se contractant, rétrécissent le rectum, tandis que les fibres longitudinales le raccourcissent. Par le phénomène de l'effort qui a lieu en même temps, les muscles abdominaux et le diaphragme se contractent avec force et élèvent la pression intra-abdominale; celle-ci se transmet au fond du petit bassin par l'intermédiaire du contenu de l'abdomen. La résultante de l'action simultanée du diaphragme et des muscles abdomi-

naux s'exerce suivant une ligne qui tombe dans le pelvis, et qui correspond à l'axe du rectum et de l'anus. Maintenu en place par de puissants moyens de soutien, qui l'empêchent d'être expulsé au dehors, le rectum transmet la poussée abdominale à son contenu.

La défécation est un acte réflexe qui se déroule de la manière suivante : les sphincters externe et interne de l'anus se relâchent au-devant des matières chassées par la contraction des parois du rectum et la pression intra-abdominale, pour les laisser s'échapper au dehors. Il y a également relâchement des releveurs de l'anus, dont les faisceaux internes enserrant la partie inférieure du rectum en formant, quand ils sont contractés, un second sphincter.

L'on conçoit qu'en l'absence de moyens de soutien, le phénomène de l'effort ait pour résultat d'expulser, non le contenu de l'intestin, mais l'intestin lui-même.

VI. — LES MUSCLES GRANDS FESSIERS :

Le muscle grand fessier est le plus superficiel et le plus volumineux des muscles de la fesse. Il est constitué par une série de gros faisceaux, juxtaposés et parallèles, obliques en bas et en dehors, dont l'ensemble affecte assez régulièrement la forme d'un losange.

La moitié inféro-interne de ce muscle, la seule qui nous intéresse dans cette étude, naît en haut, de la crête sacrée, des bords latéraux du sacrum et du coccyx, de la face postérieure du grand ligament sacro-sciatique et de l'aponévrose du moyen fessier.

Les faisceaux se dirigent en bas et en dehors en subissant un mouvement de torsion et vont se

jeter sur la partie moyenne du tendon de terminaison qui s'insère sur l'aponévrose du vaste externe et la lèvre externe de la ligne âpre du fémur.

Le bord inférieur, très charnu, également oblique en bas et en dehors, soulève fortement la peau et circonscrit au-dessous de lui cette dépression linéaire connue sous le nom de pli fessier.

Le grand fessier est recouvert d'une aponévrose assez mince; il est séparé des plans sous-jacents par une toile aponévrotique de faible épaisseur.

Les deux muscles disposés symétriquement par rapport au sillon inter-fessier, divergent ainsi du sacrum vers les deux fesses, et leur bord inférieur délimite un espace triangulaire à sommet coccygien; dans la partie supérieure de cet espace sont situés l'anus et l'hémi-diaphragme pelvien postérieur.

Ce sont ces deux bords inférieurs que l'on rapproche sur la ligne médiane pour les suturer l'un à l'autre dans le procédé de réfection du plancher périnéal de HARTMANN.

VII. — LE CANCER DU RECTUM :

Il représente 5 % des cancers en général et 75 % des cancers intestinaux; il est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme (HARTMANN, MARTIN DU PAN).

La *localisation* à l'ampoule est de beaucoup la plus fréquente et représente les 2/3 des cas : soit le type haut, sus-ampullaire, intra-péritonéal; soit le type bas, sous-ampullaire, extra-péritonéal. Puis par ordre de fréquence : les cancers recto-sigmoïdiens, anaux et totaux.

La *forme* en est variable; les Anglais décrivent :
— une forme tubéreuse, circonscrite, à tendance ulcéreuse,

— une forme lamelleuse, à base indurée,
— une forme annulaire, en virole, souvent
suite des formes précédentes, bourgeonnante, en
choux-fleur, saignante, rétrécissant le calibre.

Le cancer du rectum a tendance à *envahir* tous les organes voisins (utérus, vessie, prostate, fosses ischio-rectales) et à se propager par voie lymphatique. Les récidives sont fréquentes, les métastases rares, sauf au péritoine et au foie.

Du point de vue *histologique*, le cancer du rectum est un épithélioma cylindrique, typique ou atypique; celui de l'anus est un épithélioma pavimenteux. Les deux types peuvent parfois s'intriquer.

VIII. — LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM :

Les interventions radicales ont vu leurs indications s'étendre de jour en jour jusqu'au moment où la résection a conquis la faveur des chirurgiens. La thèse de FINET, le rapport de QUENU-HARTMANN, celui de KRÖNLEIN, l'excellente monographie de MONDOR et le rapport compétent d'A. SCHWARTZ, sont des documents de grande valeur.

A) *La voie périnéale pure*, inaugurée par LIFRANC en 1826 a été dans la suite élargie par des progrès techniques auxquels se rattachent les noms de DENONVILLIERS, VERNEUIL, KOCHER, E. QUENU. Après fermeture préliminaire de l'anus et résection du cœcœx, on conduit méthodiquement la dissection pré-rectale de l'intestin de manière à le libérer de toutes parts; par section des releveurs, des pédicules hémorroïdaux moyens et incision du cul-de-sac de Douglas, on peut ainsi abaisser le rectum et attirer au dehors cet organe sans tractions exagérées. On

sectionne alors le rectum un peu au-dessous de la plaie périnéale et l'on en fixe la tranche de section aux tissus voisins. On enlève ainsi 12 à 15 centimètres de rectum.

B) *La voie sacrée*, préconisée par KRASKE en 1885, comporte la résection des 5^e et 4^e pièces sacrées. La libération du rectum se fait comme dans la voie périnéale; le sphincter, conservé dans les premières interventions, fut enlevé par la suite, et l'amputation terminée par un abouchement colo-sacré. Mais cette voie fut rapidement abandonnée.

C) *La voie abdomino-périnéale*, inaugurée par GAUDIER et CHALOT en 1895, fut bien précisée par E. QUENU et le rapport d'A. SCHWARTZ au Congrès de Chirurgie de 1925. Elle comprend :

— un temps abdominal au cours duquel, après ligature de la mésentérique inférieure, on libère le côlon pelvien et le haut-rectum par décollement et incision du péritoine; l'intestin est ensuite sectionné à distance de la tumeur ;

— un temps périnéal qui achève l'amputation du segment inférieur par section des pédicules hémorroïdaux moyens et des releveurs, puis ablation en masse du sphincter et des tissus environnants. Enfin, on attire le bout colique pour le suturer à la peau du périnée (lorsqu'on a choisi de faire un anus périnéal).

D) *La voie abdominale seule*, préconisée et mise au point par HARTMANN en 1920, ne présente d'intérêt pour notre étude que lorsque dans les cas favorables, on peut pratiquer dans un second temps l'abaissement du côlon au périnée à travers le canal anal qui se trouve ainsi respecté.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Les observations sur le prolapsus consécutif à l'amputation du rectum sont rares et disséminées dans la littérature. Un très petit nombre d'entre elles a fait l'objet de publications : il s'agit des cas où le prolapsus est très important et détermine des troubles incompatibles avec une vie normale. Par contre, dans les différentes statistiques, les auteurs ne font que signaler, sans les décrire, les prolapsus muqueux, qui sont toujours de peu d'importance et n'entraînent aucune sanction thérapeutique.

En plus de notre observation personnelle (obs. I), nous avons pu en réunir vingt-deux, dont quatorze observations françaises, cinq allemandes (obs. VI, XII, XVII, XIX et XXI), une anglaise (obs. XX), une suisse (obs. XVIII) et une italienne (obs. II).

Elles ne concernent pas toutes la méthode de traitement que nous préconisons; à cet égard, les quatre premières seulement sont identiques. Les autres s'en rapprochent soit du point de vue étiologique, soit du point de vue clinique, soit surtout en raison des problèmes délicats que pose la thérapeutique du prolapsus.

Pour la clarté de l'exposé, nous nous sommes bornés dans ce chapitre à résumer ces observations, dont on trouvera par ailleurs le texte intégral au chapitre XIII.

OBSERVATION I. — H., 56 ans

- 12 Août 1942 : Colostomie iliaque gauche pour occlusion.
8 Septembre 1942 : Amputation périnéale avec résection du
coccyx, Anus périnéal.
Suites : 8 mois plus tard, apparition d'un prolapsus.
17 Octobre 1943 : Resserrement des tissus périphériques =
Echec.
12 Novembre 1943 : Intervention identique = Echec.
Le prolapsus devient considérable.
14 Mars 1944 : Cerclage de Thiersch = Echec.
9 Novembre 1944 : Amputation du prolapsus,
Anus périnéal reporté très en avant,
Suture des fessiers.
Guérison maintenue depuis 6 ans.

OBSERVATION II. — H., 63 ans

- Juillet 1944 : Amputation périnéale.
Suites : 2 mois plus tard, apparition d'un prolapsus qui
devient rapidement très important.
Janvier 1945 : Réduction du prolapsus,
Anus périnéal reporté en avant,
Suture des fessiers.
Guérison maintenue un an après.

OBSERVATION III. — F., 60 ans

- 25 Février 1924 : Amputation périnéale.
Suites : 5 ans plus tard, apparition d'un prolapsus com-
plet.
2 Juillet 1930 : Réduction du prolapsus,
Anus périnéal reporté en avant,
Suture des fessiers.
Guérison maintenue 3 ans après. Léger ectropion.

OBSERVATION IV. — H., 64 ans

- 6 Juillet 1929 : Amputation périnéale.
Suites : 4 mois plus tard, apparition d'un prolapsus com-
plet.

- 27 Décembre 1929 : Réduction du prolapsus,
Anus périnéal reporté très en avant,
Suture des fessiers.
Echec. Un an plus tard, récidence.
- 21 Janvier 1931 : Amputation haute colo-rectale,
Tamponnement postérieur.
Guérison du prolapsus, mais mort un an après par réci-
dive néoplasique.

OBSERVATION V. — H., 61 ans

- 23 Juin 1905 : Amputation périnéale.
Suites : 2 mois plus tard, apparition d'un prolapsus
d'emblée très important.
- 14 Mars 1906 : Résection du prolapsus, v
Implantation de l'anus dans la fesse gauche.
Guérison.

OBSERVATION VI. — H., 46 ans

- 5 Novembre 1925 : Amputation de Kraske. Anus sacré.
Suites : 4 mois plus tard, apparition d'un énorme pro-
lapsus.
- 10 Mai 1926 : Amputation à la Mikulicz = Echec.
- 17 Novembre 1926 : Réduction du prolapsus,
Anus intra-fessier droit.
Guérison.

OBSERVATION VII. — F., 62 ans

- En 1893 : Amputation périnéale.
Suites : Quelques mois plus tard, apparition d'un pro-
lapsus muqueux qui se complète secondairement.
- 17 Mars 1922 : Amputation colo-rectale du prolapsus,
Anus intra-fessier gauche.
Guérison.

OBSERVATION VIII. — F., 29 ans

- 24 Janvier 1911 : Amputation périnéale pour rectite sténosante.
Suites : 4 mois plus tard, apparition d'un prolapsus com-
plet.

- 30 Septembre 1911 : Réduction du prolapsus,
Transplantation de l'anus dans la fosse ischio-rectale gauche,
Resserrement périphérique des tissus.
Guérison du prolapsus, mais quelques mois plus tard,
constitution d'une éventration périnéale médiane.

OBSERVATION IX. — F., 53 ans

- 19 Juin 1930 : Amputation périnéale.
Suites : 6 mois plus tard, apparition d'un prolapsus muqueux.
10 Janvier 1931 : Excision muqueuse de Delorme-Juvara.
Echec et constitution d'un prolapsus complet.
5 Juin 1931 : Cerclage de Thiersch = Echec.
16 Février 1932 : Récidive considérable,
Amputation à la Mikulicz = Echec.
14 Novembre 1932 : Colopexie à gauche,
Oblitération du Douglas par hystéro-hyéro-ligamentopexie.
Guérison maintenue 2 ans 1/2 après.

OBSERVATION X. — F., 59 ans

- Février 1937 : Amputation périnéale avec abouchement colopérinéal réalisant l'entonnoir fibreux.
Colostomie iliaque gauche préalable refermée deux mois plus tard.
Suites : 4 ans plus tard, apparition d'un prolapsus important.
19 Avril 1941 : Solidarisation de l'utérus et du côlon,
Colopexie.
Oblitération du Douglas.
Huit ans plus tard, récidive du prolapsus, que l'on ne traite pas.
En Janvier 1951 : même état.

OBSERVATION XI. — F., 41 ans

- 19 Avril 1901 : Amputation périnéale sous couvert d'une colostomie iliaque gauche.

Suites : Cinq mois plus tard, apparition d'un prolapsus complet du rectum et de l'utérus, d'emblée important.

9 Juillet 1902 : Réduction du prolapsus,
Solidarisation de l'utérus et du côlon,
Hystéropexie corporéale et ligamentopexie.
Guérison.

OBSERVATION XII. — H., 60 ans

Juillet 1899 : Amputation périnéale.

Suites : Six mois plus tard, apparition d'un prolapsus muqueux que l'on traite par une opération plastique = Echee. Six mois après, constitution d'un prolapsus complet.

Août 1900 : Réduction du prolapsus,
Sigmoïdopexie.
Guérison maintenue 1 an 1/2 après.

OBSERVATION XIII. — F., 52 ans

4 Janvier 1928 : Amputation périnéale.

Suites : 6 ans plus tard, apparition d'un prolapsus peu important. .

22 Février 1934 : Amputation à la Mikulicz,
Fixation du côlon à la paroi postérieure du vagin.
Guérison.

OBSERVATION XIV. — H., 60 ans

Octobre 1947 : Amputation périnéale de Lisfranc avec résection du coccyx, sous couvert d'une colostomie iliaque gauche.

Janvier 1948 : Poursuite de l'amputation pour induration du méso-rectum. Anus périnéal.

Suites : Un an plus tard, apparition d'un prolapsus.

10 Mai 1949 : Amputation à la Mikulicz.

Guérison du prolapsus, mais mort un an après par récidive néoplasique.

OBSERVATION XV. — F., 54 ans

2 Mai 1930 : Amputation périnéale.

Suites : Quatre mois plus tard, apparition d'un prolapsus d'emblée important.

22 Janvier 1931 : Amputation à la Mikulicz,

Tamponnement postérieur.

Guérison.

OBSERVATION XVI. — H., 27 ans

11 Juin 1890 : Amputation de Kraske, sous couvert d'une colostomie iliaque gauche. Anus sacré

Suites : Six mois plus tard, apparition d'un prolapsus complet.

25 Mai 1891 : Réduction du prolapsus,

Colopexie.

9 Janvier 1892 : Fermeture de l'anus iliaque.

Un mois et demi après cette intervention, récidue muqueuse qui se complète progressivement.

En 1893 : Amputation à la Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION XVII. — F., 54 ans

16 Février 1886 : Amputation périnéale.

Suites : Un mois plus tard, apparition d'un prolapsus qui devient rapidement considérable.

20 Septembre 1888 : Amputation haute colo-rectale du prolapsus,

Resserrement des tissus périphériques.

Guérison.

OBSERVATION XVIII. — F., 53 ans

Avril 1894 : Amputation de Kraske. Anus sacré.

Suites : Un an plus tard, apparition d'un prolapsus qui devient rapidement très important.

20 Août 1895 : Réduction du prolapsus,

Torsion de Gersuny de 135°.

Guérison maintenue 6 mois plus tard.

OBSERVATION XIX. — F., 58 ans

Septembre 1895 : Amputation périnéale.

Suites : Un mois plus tard, apparition d'un prolapsus qui devient considérable.

18 Décembre 1896 : Résection du prolapsus,

Torsion de Gersuny deux fois de 180°.

Guérison.

OBSERVATION XX. — F., 35 ans

Octobre 1941 : Plicature et recto-colopexie pour prolapsus primitif du rectum.

6 Août 1946 : Résection abdomino-périnéale pour récive.

Suites : 7 mois plus tard apparition d'un prolapsus de la paroi rectale antérieure avec anus béant.

31 Juillet 1947 : Cerclage de Thiersch.

Guérison. Léger ectropion.

OBSERVATION XXI. — H., 66 ans

En 1911 : Amputation périnéale.

Suites : Dix-sept ans plus tard, apparition d'un prolapsus important à la suite d'une chute, avec prolapsus du grêle à travers une déchirure de l'hédrocèle.

En 1928 : Réduction du prolapsus,

Cerclage de Thiersch.

Guérison.

OBSERVATION XXII. — F., 51 ans

4 Avril 1946 : Colostomie iliaque gauche sur le sigmoïde pour cancer ano-rectal.

22 Juin 1946 : Radiothérapie de contact.

17 Juillet 1947 : Fermeture de l'anus iliaque.

Suites : Apparition rapide d'un prolapsus important.

15 Octobre 1949 : Colopexie,

Solidarisation dystéro-hyéro-colique,

Oblitération du Douglas.

Echec.

13 Mars 1950 : Hystéropexie corporeale pour tendre le rectum.
Cloisonnement péri-colique,
Sigmôidopexie.

Echec.

13 Juillet 1950 : Réintervention sur le périnée :
myorraphie des releveurs en avant,
périnéorraphie à la Cunéo-Sénèque en arrière.
Guérison maintenue actuellement.

OBSERVATION XXIII. — H., 65 ans

En 1904 : Amputation périnéale.

Suites : Trois ans plus tard, apparition d'un volumineux prolapsus.

Septembre 1907 : Réduction du prolapsus,
Ceinture cutanée interfessière.

Guérison.

Un certain nombre de faits se dégagent de ces observations :

I) La majeure partie des prolapsus est consécutive à l'amputation périnéale pure (18 sur 23).

II) Un peu moins d'hommes que de femmes sont atteints de cette affection (10 hommes et 13 femmes); le cancer du rectum étant deux fois plus fréquent chez l'homme, le prolapsus secondaire est donc une complication que l'on rencontre surtout chez la femme. Cela s'explique par la présence du hiatus physiologique dans le diaphragme pelvien que constitue la fente uro-génitale.

III) Dans 18 cas, le prolapsus s'est développé moins d'un an après l'amputation (en moyenne de 2 à 6 mois); dans 5 cas, il s'est produit respectivement 3, 4, 5, 6 et 17 ans plus tard.

IV) L'établissement préalable d'une colostomie de dérivation — qu'elle soit temporaire ou définitive

— n'empêche pas la survenue d'un prolapsus; à cet égard, notre observation est significative : l'anus iliaque a toujours été conservé, les matières ne sont jamais passées dans le segment inférieur, et cependant le rectum et le côlon se sont prolabés dans des proportions énormes.

V) Dans 19 cas sur 21, le remaniement important des lésions et de l'ancien foyer néoplasique qu'ont nécessité la ou les interventions sur le prolapsus, n'a pas eu d'effet sur le processus cancéreux lui-même. Deux fois les malades sont morts de récurrence au bout d'un an.

VI) Dans 7 cas seulement, il a fallu au moins deux opérations avant d'arriver à une guérison durable; deux fois celle-ci n'a été obtenue qu'après la quatrième intervention.

VII) Dans une seule observation, il s'est produit une chute complète des organes du petit bassin, utérus et côlon. Cette coexistence d'un prolapsus génital et d'un prolapsus rectal est exceptionnelle; quand elle existe, c'est le prolapsus génital qui domine la symptomatologie.

VIII) Les procédés de cure chirurgicale sont variés; celui que nous préconisons a donné trois succès et un échec sur quatre cas.

IX) Chez 20 malades, la guérison du prolapsus a été totale et durable; mais ils n'ont pas été suivis assez longtemps pour savoir si elle a été définitive. Dans notre cas personnel, le recul est à l'heure actuelle de 7 ans.

Une fois le prolapsus a récidivé et n'a pas été réopéré; une fois il s'est reproduit un léger degré

d'ectropion; une autre fois, il est survenu une éventration périnéale médiane, mais sans prolapsus.

X) 5 observations ne concernent pas un prolapsus après amputation périnéale pure; nous avons publié l'observation XVII à la demande de notre maître, M. le professeur MOLLONGUET, car elle montre une cause très rare de prolapsus : la Radiothérapie de contact. Nous n'en avons pas retrouvé de similaire dans la littérature.

XI) L'observation XX présente cette particularité qu'un prolapsus primitif a été traité — après un premier échec — comme un cancer du rectum et que ce traitement a lui-même été compliqué de prolapsus.

XII) Enfin, trois observations de prolapsus sacré, secondaire à l'amputation de KRASKE, sont identiques en de nombreux points à la variété-type que nous étudions.

Ces cinq observations montrent que l'étiopathogénie du prolapsus n'est pas univoque.

CHAPITRE IV

FREQUENCE

Il est difficile de se faire une idée de la fréquence du prolapsus après les amputations du rectum. Les rapports sont divergents, et la raison de ce désaccord réside dans le fait que, parmi les nombreux chirurgiens qui opèrent le cancer du rectum, un petit nombre d'entre eux seulement s'est arrêté à cette complication et s'est préoccupé de son traitement ou des moyens de l'éviter. Certains même n'y accordent aucun intérêt : « L'un de nous, dit LEIBOVICI, a vu avec LECENE une malade qui présentait un gros prolapsus du côlon à travers le périnée; mais n'y a-t-il pas aussi des prolapsus à travers un anus iliaque ! »

En étudiant les différents rapports sur le cancer du rectum, son traitement et ses résultats éloignés, et sur les prolapsus, nous avons pu relever trois tendances différentes parmi les auteurs :

1) *Les uns* se contentent de signaler la possibilité d'une chute du rectum après l'intervention, sans préciser la fréquence de cette complication :

— WOLKMANN en 1878, fait état le premier des prolapsus post-opératoires et préconise même un prolapsus artificiel à travers le sphincter anal dilaté pour favoriser l'abaissement du rectum dans le cas de tissus péri-rectaux inflammatoires.

— BERGER de Paris signale à la Société de Chirurgie en 1892, un prolapsus sacré survenu un an après une amputation de KRASKE, et tel que le segment extériorisé mesurait 10 centimètres de long.

— Le rapport de QUENU-HARTMANN au Congrès de Chirurgie de 1897, fait état des accidents tardifs de l'anüs périnéo-sacré qui donne trois résultats :

— l'anüs périnéal est de bonnes dimensions, sans trop d'ectropion de la muqueuse ;

— l'anüs est trop large : la muqueuse ectropiée frotte contre les fesses pendant la marche et il en

résulte de l'irritation, des excoriations qui suintent et saignent, des douleurs. Les choses peuvent aller plus loin, jusqu'au prolapsus ;

— l'anus est rétréci : pas de danger de prolapsus, mais obligation des dilatations.

— HARTMANN, en 1910, rapporte deux cas de prolapsus après 9 amputations périnéales pour rectite sténosante :

— l'un est traité par la transplantation de l'anus dans la fesse.

— l'autre par la suture des fessiers.

— DESGOUTTES de Paris, en 1925, envisage la possibilité de prolapsus, mais n'en a jamais vu et se déclare prêt à mettre un anneau de THIERSCH.

— HARTMANN, dans son livre paru en 1931, rapporte 11 prolapsus après 75 périnéales pures, depuis le simple ectropion jusqu'à la chute complète du rectum ; 4 seulement ont été traités.

Après 7 ablations atypiques, il a vu 2 prolapsus, et après 30 abdomino-périnéales, il ne relève qu'un prolapsus muqueux.

— REGARD, l'année suivante, signale 2 ectropions sur 25 interventions par voie combinée, et préconise une technique particulière pour éviter la chute ultérieure du côlon abaissé.

— GAHINET, dans sa thèse de 1938, parle de l'éventualité d'ectropion de la muqueuse, mais n'en signale pas dans sa statistique qui porte sur 31 cas.

— J. QUENT, dans son traité paru en 1944, s'exprime ainsi à propos des inconvénients de l'anus périnéal : « Je ne cite que pour mémoire la proci-dence qui peut aller jusqu'au prolapsus et nécessiter une réintervention ».

II) Les autres, au contraire, estiment cette complication très fréquente :

— MORESTIN, dans sa thèse de 1894, ne s'étonne pas de la fréquence des prolapsus après les amputations du rectum, étant données les conditions opératoires; mais pour lui, ils seraient plus rares après l'amputation de KRASKE qu'après l'amputation périnéale pure.

— CHALIER, en 1909, dit à propos de l'amputation périnéale avec abaissement : « L'éversion simple de la muqueuse, l'ectropion, est une complication presque constante de l'anus artificiel interfessier. Elle mérite d'être prise en considération, car elle est souvent le premier pas du prolapsus vrai. Mais ce prolapsus complet est moins fréquent depuis qu'on fait des opérations plus larges, où l'on abaisse l'intestin au maximum, et surtout depuis que l'on a restreint considérablement les amputations sacrées. »

— DELBET, en 1916, déclare que les prolapsus de l'anus sacré sont très fréquents du fait que, après l'opération de KRASKE, la statique des organes pelviens se trouve fortement modifiée.

— BOECKEL, au Congrès de Chirurgie de 1925, estime que le prolapsus est presque toujours fatal dans la majorité des cas. Mais sur 115 observations personnelles, il ne donne pas de chiffres.

— GAUDIER de Lille, à ce même Congrès, au cours de son rapport concernant 2.400 faits, dont 25 % de périnéales pures, s'exprime ainsi : « Plus fréquent que le rétrécissement est la procidence du rectum avec prolapsus de la muqueuse et qui nécessite souvent des opérations complémentaires ».

— MANDL, l'année suivante, a vu à la Clinique Chirurgicale de HOCHENEGG, à Vienne, 13 prolapsus sacrés (dont il s'est servi pour tenter de rétablir la continuité), et déclare que ce prolapsus post-opératoire est une complication très fréquente de l'amputation du rectum avec abaissement.

— MOULONGUET, en 1951, estime le prolapsus complet relativement plus rare que le prolapsus muqueux, qui, pour lui, est une complication courante des amputations du rectum.

III) *D'autres*, enfin, à l'occasion de rapports ou de communications sur les interventions pour cancer du rectum, ne signalent pas le prolapsus comme complication secondaire ou le croient extrêmement rare. C'est principalement au cours des Congrès de Chirurgie de 1897 et de 1925 que la question est abordée : tous les rapporteurs sont unanimes sur la rareté du prolapsus post-opératoire (HARTMANN, SCHWARTZ, GOULLIQUOUD, SANTY).

Quelle est la fréquence du prolapsus par rapport au type de l'intervention ? Notre statistique personnelle et celle de la plupart des auteurs s'accordent pour montrer que la majorité des prolapsus survient après l'amputation périnéale pure.

Ceci pour deux raisons :

— de toutes les amputations, la périnéale pure a été de tout temps la plus employée; elle l'est encore actuellement (LECENE) ;

— les conditions anatomiques de l'exérèse suffisent à expliquer cette fréquence (sacrifice large de la plupart des moyens de soutien et de suspension du rectum, abaissement trop postérieur, anse réséquée trop courte).

En résumé, et pour concilier les différentes opinions, nous dirons que, si le prolapsus muqueux est une complication très fréquente de l'abaissement du côlon au périnée ne comportant presque jamais de sanction thérapeutique, le prolapsus complet colo-rectal est infiniment plus rare; nous n'en voulons pour preuve que la difficulté que nous avons eue pour réunir quelques observations.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE



Le prolapsus post-opératoire est, dans nos observations, rencontré avec une *fréquence* sensiblement plus grande chez les femmes — 13 fois — que chez les hommes — 10 fois.

Nous avons vu d'autre part que le cancer du rectum atteint deux fois plus souvent l'homme que la femme.

Le prolapsus secondaire est donc beaucoup plus fréquent chez la femme.

Si nous considérons le prolapsus primitif, les statistiques montrent une atteinte identique de l'homme et de la femme; et c'est par lui-même une affection rare : ainsi ALLINGHAM, sur 4.000 malades atteints d'affections du rectum, ne l'aurait rencontré que 53 fois.

L'âge plus ou moins avancé des malades opérés de cancer n'est pas un facteur prédisposant au prolapsus secondaire.

Sa date d'*apparition* après l'intervention est variable, mais dans l'ensemble le prolapsus est une complication relativement précoce. C'est ainsi que dans nos observations, il s'est produit 3 fois sur 4 moins d'un an après l'amputation (en moyenne de 2 à 6 mois); dans 5 cas, respectivement 3, 4, 5, 6 et 17 ans après l'opération.

Nous avons vu que c'est surtout l'*amputation périnéale* qui occasionne le plus souvent cette complication secondaire.

Plusieurs ordres de *causes* entrent en jeu dans la constitution du prolapsus post-opératoire :

I) *Causes déterminantes* :

- Situation trop postérieure de l'anus périnéal.
- Résection des moyens de soutien et des moyens de suspension.
- Nous y reviendrons en étudiant la pathogénie.

II) *Causes prédisposantes* :

— Il y a suivant les individus de grandes variations dans la valeur et la tonicité des tissus : il s'agit là d'un facteur constitutionnel probablement sous la dépendance de l'hypophyse.

— Laxité congénitale du tissu cellulaire lâche (DELBET) et en particulier de la sous-muqueuse, permettant à la muqueuse de glisser sur le plan de la musculature sous-jacente (OMBREDANNE).

— Laxité anormale et congénitale du mésocolon et du méso-rectum par troubles d'accolement des fascias au cours de l'embryogénèse (TRELAT).

— Aponévrose prostatopéritonéale et fascia vagino-rectal faibles de naissance (GERARD-MARCHANT).

— Arrêt de développement de l'anse colique pelvienne qui reste longue et d'une mobilité exagérée (LENORMANT).

— Longueur et dimensions anormales du gros intestin : dolichocolon, mégasigmoïde (PLATAREANU).

— Profondeur congénitalement excessive du cul-de-sac de Douglas (GERARD-MARCHANT, MANDEL).

— Rectitude du sacrum permettant à la résultante des efforts abdominaux de se rapprocher davantage de l'axe de l'anus (DELBET).

III) Causes favorisantes :

— Physiologiques :

— Rôle des accouchements chez la femme, qui entraînent un relâchement général des tissus du petit bassin, relâchement d'autant plus accentué que leur involution après la délivrance s'est faite d'une façon incomplète.

— Rôle des efforts, sur lesquels SCHWARTZ et HUARD insistent particulièrement :

— efforts de toux chez les pulmonaires chroniques, éternuements ;

— efforts de miction chez les prostatiques, les rétrécis, les calculeux (fréquents à cet âge) ;

— efforts que fait l'intestin pour les évacuations en cas de constipation chronique ;

et qui produisent une véritable « luxation extra-pelvienne du rectum », selon l'expression de SCHWARTZ.

— Pathologiques :

— Asthénie et dystrophie fibro-musculaires neuro-arthritiques ou dysendocriniennes, avec malformations congénitales (spina bifida occulta) et insuffisance de développement.

— Troubles trophiques dyscrasiques diminuant la résistance des tissus qui, mal nourris et mal innervés, deviennent flasques et peu plastiques et créent des ptoses viscérales diverses surtout chez la femme.

— Involution sénile des tissus aboutissant à un relâchement généralisé des musculatures lisse et striée (DELBET).

— Atonie acquise des tissus du pelvis, consécutive aux interventions (OMBREDANNE).

— Etat général défectueux du sujet ; état notamment de dénutrition fréquent chez les cancéreux, cause fondamentale du relâchement des tissus.

— Rôle de la recto-colite chronique, facteur de sclérose qui entraîne une mauvaise nutrition des muscles.

— Le traumatisme a parfois été invoqué (KERSCHNER).

L'étiologie du prolapsus n'est pas univoque, et il est certain que toutes sortes de causes s'intriquent pour créer une prédisposition constitutive que l'acte chirurgical ne peut qu'aggraver, lequel, à lui seul, suffirait à expliquer l'apparition du prolapsus.

Et nous faisons nôtre l'opinion de LECENE qui s'exprime ainsi : « Un des grands facteurs de prolapsus est la mauvaise qualité de la musculature du bassin et du pelvis, et du tissu conjonctivo-élastique pelvien, qui sont peu résistants, atrophiés, atteints dans leur nutrition et leur structure intime.

« Quels que soient l'habileté du chirurgien et le soin avec lequel il fera les sutures, il y a un facteur d'insuccès contre quoi il ne peut absolument rien : c'est justement la mauvaise qualité de l'étoffe qu'il recoud. »

CHAPITRE VI

PATHOGENIE

La pathogénie des prolapsus est infiniment complexe. On peut cependant la schématiser si l'on admet que, parmi les faits anatomiques responsables, trois doivent être soulignés :

— la situation trop postérieure de l'anus périnéal,

— la mobilité anormale de l'anse sigmoïde,

— l'excessive profondeur du cul-de-sac de Douglas.

§ 1. — Nous avons vu que le rectum est maintenu dans sa situation par des moyens de soutien et des moyens de suspension.

L'ensemble musculaire du périnée, en particulier l'appareil sphinctérien et le releveur coccy-périnéal, constitue le principal moyen de soutien.

Les aponévroses sacro-recto-génitales, les hémorroïdales moyennes avec les formations fibreuses qui les accompagnent constituent les principaux moyens de suspension.

Or, dans une amputation périnéale du rectum, l'appareil sphinctérien est sacrifié, les releveurs de l'anus sont sectionnés en leur milieu. On coupe les lames sagittales latéro-rectales, segments postérieurs des aponévroses sacro-recto-génito-pubiennes, qui sont tendues en tirant le rectum en arrière, l'hémorroïdale moyenne est à son tour sectionnée. Seule l'aponévrose de Denonvilliers chez l'homme, la paroi postérieure du vagin et le fascia recto-vaginal chez la femme sont respectés, tout au moins dans les premières amputations. Cependant, des considérations de récidive in situ ont amené les différents

auteurs à supprimer ces dernières avec les vésicules séminales et une partie de la prostate ou l'utérus et les annexes.

Il ne reste en définitive dans le pelvis aucun des moyens qui puisse soutenir et suspendre le nouveau rectum, une fois les adhérences cicatricielles faites, et l'on conçoit que dans certains cas (association d'une insuffisance marquée du plancher reconstitué, muscles affaiblis, sutures trop lâches), le sigmoïde ou le côlon descendant aient tendance à s'extérioriser.

Le prolapsus commence par la partie inférieure du rectum : la muqueuse de la portion du côlon la plus voisine de l'anus périnéal commence à glisser; le glissement augmentant, bientôt toute l'épaisseur de l'intestin est entraînée; au prolapsus muqueux a succédé un prolapsus de toutes les tuniques (DELBET). Les replis péritonéaux consécutifs aux sutures et adhérents plus ou moins à la face antérieure du côlon abaissé sont eux-mêmes entraînés, et ainsi se constitue l'hédrocèle antérieure.

§ II. — Il est facile de comprendre que la technique de l'exérèse proprement dite intervient dans la genèse du prolapsus.

La création d'une large brèche périnéale — avec disparition du moyen de soutènement formé par le rectum — allant d'un ischion à l'autre, favorise la descente des anses pelviennes.

Nous avons insisté sur le fait que l'amputation périnéale pure crée des conditions beaucoup plus favorables au développement ultérieur d'un prolapsus que l'amputation abdomino-périnéale, et c'est bien ce que l'on observe en pratique; si dans les deux interventions l'abaissement au périnée est opéré de la même façon, l'exérèse est facilitée quand il y a

d'abord un temps abdominal. Lorsque l'on intervient par voie périnéale pure, la libération du côlon sigmoïde ne peut pas aller très haut, et de ce fait, l'anse réséquée est courte; le côlon descendant et l'anse Oméga auront alors une tendance naturelle à se prolaber. D'autre part, pour faire une bonne opération de cancer, il faut enlever le plus possible de tissu péri-rectal et la brèche périnéale sera pour cela très large.

Au contraire, dans l'amputation abdomino-périnéale, le temps abdominal permet une libération complète de l'anse sigmoïde et d'une partie du côlon descendant (la question de vitalité d'anse obligeant à réséquer le plus possible); cette anse réséquée est longue, l'angle splénique, fixe, retient ce qu'il reste du côlon descendant. Le temps périnéal est plus simple : en laissant davantage de releveurs de l'anus, du fait de la liberté de l'anse déjà libérée par en haut, on crée une brèche périnéale plus étroite qui empêche dans une certaine mesure le prolapsus secondaire.

§ III. — L'abaissement du bout supérieur au périnée est, dans la majorité des cas, pratiqué à la partie toute postérieure de la brèche périnéale, surtout chez l'homme où l'on veut éviter le bulbe; on se reporte près du sacrum, en arrière par conséquent de l'ancien anus, espérant ainsi obtenir une adhérence solide pré-sacrée du néo-rectum. Or, c'est précisément cette attitude chirurgicale qui est à l'origine des complications. Dès 1897, E. QUENU et HARTMANN expliquaient de cette façon la pathogénie du prolapsus :

« Le prolapsus est d'autant plus à craindre après une amputation périnéale, qu'on a reporté davantage en arrière son orifice anal; la raison en est

que, lorsque tout le coccyx — et parfois une partie du sacrum — ont été détruits, la force d'expulsion abdominale ne vient plus se dépenser et s'épuiser partiellement, se décomposer sur la courbure sacro-coccygienne; elle a toute facilité pour chasser au dehors ce qui confine à la brèche laissée béante, contenu de l'intestin et intestin lui-même. »

C'est également l'opinion de DELBET, qui parle d'une « pression désaxée par l'ablation du coccyx ou d'une partie du sacrum »; et celle de MANDL qui s'exprime de la même façon : « Comme la partie postérieure du bassin osseux est réséquée avec le glancher périnéal postérieur, la pression des muscles pousse le contenu du pelvis qui ne rencontre pas de résistance ostéo-fibreuse ».

Cette interprétation est en accord avec la théorie pathogénique de LUDLOFF des prolapsus primitifs du rectum : si après réduction d'un prolapsus total, on appuie doucement le doigt sur la paroi antérieure du rectum, on empêche le prolapsus de ressortir, alors qu'au contraire une pression, même forte, en arrière, n'empêche pas le prolapsus de se reproduire, ce qui indiquerait qu'il s'agit bien d'une hernie péritonéale refoulant tout d'abord la paroi antérieure du rectum; et, par conséquent, plus un anus est reporté en arrière, plus il a des chances de se compliquer de prolapsus.

§ IV. — Nous avons vu dans les rappels anatomico-cliniques que le côlon pelvien forme une anse dont la mobilité varie avec la longueur et qu'il existe de grandes variations individuelles. Ce facteur constitutionnel prédisposant, associé au facteur opératoire que nous avons étudié plus haut, crée une condition éminemment favorable à la chute secondaire du rectum.

§ V. — GERARD-MARCHANT et son élève HERBERT, reprenant la théorie de LUDLOFF (adoptée par BAUER et ZUCKERKANDL) ont émis l'hypothèse que le prolapsus complet chez l'homme était probablement dû à une profondeur congénitalement excessive du cul-de-sac de Douglas. On sait que normalement, le Douglas fœtal, descendant jusqu'au plancher périnéal, s'oblitére et donne par accolement de ses feuillets l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers ou le fascia recto-vaginal. Si l'accolement ne se produit pas ou se produit incomplètement, une hédrocèle est toute prête à se constituer. Il s'agit alors d'une véritable hernie périnéale; dans le cul-de-sac utéro ou vésico-rectal peuvent se trouver des anses intestinales; que des efforts comme ceux de la toux ou d'une miction difficile chez un prostatique, se répètent, le nouveau rectum, dont les moyens de fixité ont disparu, dont la musculature intrinsèque est affaiblie, a tendance à descendre. Les anses intestinales qui se trouvent dans la profondeur du cul-de-sac, en plus de leur propre poids, transmettent la poussée abdominale à la paroi antérieure du rectum qui se déprime, s'invagine dans la cavité; elle est bientôt suivie dans sa descente par les parois latérales, puis la postérieure; le prolapsus est alors constitué.

§ VI. — Pour MORESTIN, le prolapsus serait beaucoup moins fréquent chez les malades qui ont suppuré plus ou moins longtemps; car chez eux, il s'est formé tout autour de la partie inférieure du rectum, du tissu scléreux empêchant tout relâchement et maintenant l'intestin en place; il se trouve solidement uni par des adhérences à la peau de la région sacrée, au sacrum, à la prostate; en outre, le calibre du rectum est rétréci la plupart du temps.

et au niveau du rétrécissement, la muqueuse adhère solidement à la musculuse, toutes causes défavorables à la production du prolapsus. Le rétrécissement siège à la partie inférieure du rectum, tout près de l'anus, la portion du rectum qui pourrait se prolaber est située au-dessus, et la portion rétrécie s'oppose d'une façon efficace à son invagination et à son issue à l'extérieur.

Il serait moins fréquent également dans le Kraske; en effet, quand l'intestin est fixé dans la région sacrée, il est toujours coudé au niveau de sa terminaison en contournant la tranche sacrée, et il contracte à ce niveau des adhérences solides avec le squelette : il trouve ainsi un point d'appui qui lui permet de résister aux causes qui le sollicitent à se porter à l'extérieur. Il est efficacement maintenu par des attaches supérieures, et dès lors, il n'est plus exposé au prolapsus.

§ VII. — On a beaucoup discuté pour savoir quel était le moyen de fixité du rectum dont la déficience permettait le prolapsus.

— JEANNEL, reprenant la vieille théorie de VERNEUIL, insiste sur la dégénérescence et par suite l'allongement du méso hémorroïdal supérieur à la suite des lésions inflammatoires subaiguës ou chroniques déterminées par les interventions. Cet allongement, constaté par JEANNEL, porte non seulement sur le méso, mais également sur le côlon lui-même qui augmente sa longueur en rétrécissant un peu son calibre.

Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que l'on sectionne de nombreux pédicules nerveux; et il est probable que l'insuffisance d'innervation entraîne une hypotonie généralisée du petit bassin,

portant surtout sur la musculature lisse propre de l'intestin, d'où son allongement.

Deux constatations viennent à l'appui de cette théorie :

a) Dans l'une de nos observations (observation XXII), un prolapsus s'est développé après radiothérapie de contact. Celle-ci avait entraîné une plaie atone du périnée ayant nécessité des électro-étincelages. On ne peut s'expliquer le prolapsus consécuteur qu'en admettant un relâchement progressif des tissus péri-rectaux et des moyens de fixation du rectum, relâchement sous la dépendance d'une innervation musculaire défectueuse; or, l'on sait que le nerf est un organe fragile qui ne se régénère pas, et dont l'altération entraîne des désordres considérables dans la vascularisation des muscles et leurs fonctions physiologiques. Dans le cas présent, les rayons X ont eu une action destructrice irréversible sur les fibres nerveuses terminales des plexus assurant l'innervation de la région.

b) Un an après une ablation abdominale, SCHWARTZ a descendu le bout correspondant à l'anus artificiel à travers l'anus naturel. Il a été frappé, lors de la seconde intervention, de la longueur considérable de l'anse qui est attirée à l'anus sans la moindre traction (SCHWARTZ pensait que l'anse, fixée à la paroi, s'était allongée progressivement sous l'influence du poids des fèces. Mais notre observation montre bien que ce mécanisme ne peut être retenu, puisque l'anus périnéal n'a jamais servi).

— CRUVEILHIER et FOURNIER, dans le prolapsus secondaire, font jouer un rôle capital à l'insuffisance du plancher pelvien, particulièrement à l'absence du releveur de l'anus qui permet le re-

dressement du canal ano-rectal. Ce canal, devenu rectiligne, et mal soutenu par des muscles affaiblis tend naturellement à se prolaber. D'ailleurs, pour DELBET, c'est uniquement le releveur coccy-périnéal qui empêche le rectum d'être expulsé par la pression abdominale au cours des efforts : il l'empêche, non pas parce qu'il s'insère sur lui, mais parce qu'il maintient l'angle, la coudure ano-rectale.

Cette considération anatomique est capitale; nous verrons à propos du traitement, que c'est la réfection de cette coudure qui, dans le procédé de HARTMANN, associée à la suture des fessiers, assure une guérison durable.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions rencontrées dans le prolapsus secondaire sont en de nombreux points analogues à celles constatées dans le prolapsus primitif. CRUVEILHIER décrivait quatre variétés de prolapsus rectal : 1° l'invagination de la muqueuse; 2° l'invagination de la partie inférieure du rectum; 3° l'invagination de la partie supérieure du rectum; 4° la précipitation à travers l'anus d'une invagination de la continuité de l'intestin. Cette classification a été admise par les auteurs allemands qui décrivent le prolapsus ani, le prolapsus ani et recti, le prolapsus recti, le prolapsus coli invaginati (KERSCHNER).

En réalité, la quatrième de ces variétés ne mérite pas d'être rangée dans les prolapsus du rectum : c'est une invagination intestinale ordinaire qui est descendue au point de sortir de l'anus. Elle peut, à un examen superficiel, simuler un prolapsus du rectum, elle en diffère par ses symptômes, par son anatomie pathologique et par son traitement. Ce sont des prolapsus à travers le rectum et non des prolapsus du rectum, aussi les laisserons-nous de côté.

Et nous distinguerons avec HARTMANN, DELBET et PADOVANI, trois variétés de prolapsus secondaire :

I. — PROLAPSUS MUQUEUX OU PARTIEL

Encore appelé invagination de la muqueuse, c'est le plus fréquent des prolapsus; c'est même le seul fréquent, les autres variétés sont rares (HUBERT). C'est un glissement de la muqueuse comparé

par GOSSELIN à celui de la doublure d'une manche de vieux veston. La tumeur n'est jamais considérable : 2 à 4 centimètres; mais lorsque le prolapsus est très développé, elle peut comprendre une hauteur de 8 à 12 centimètres. Elle se présente sous la forme d'un bourrelet rouge circulaire qui se continue directement avec la peau sans sillon intermédiaire. L'épaisseur est minime, car elle est formée seulement de deux feuillets muqueux séparés par une mince couche de tissu cellulaire. Cette muqueuse est elle-même séparée de la musculuse par un tissu cellulaire lâche; elle glisse sur cette dernière restée en place.

Ce prolapsus est un ectropion comparable à celui qui se produit au niveau de tous les orifices courlés d'une membrane muqueuse : chémosis conjonctival, paraphimosis, ectropion du col utérin (PADOVANI). Le glissement de la muqueuse rectale sur la musculuse restée en place est un phénomène physiologique chez le cheval : au moment de la défécation, cette sortie de la muqueuse, entraînée par les bols volumineux, est d'observation courante; quelques contractions du sphincter anal ont ensuite tôt fait de réduire la muqueuse momentanément prolabée.

II. — PROLAPSUS TOTAL OU COMPLET

Encore appelé prolapsus invaginé de GOSSELIN et BROCA. Ce prolapsus peut être à 2 ou 3 cylindres : que la paroi du côlon abaissé se retourne complètement en dehors de l'anus, on aura, faisant saillie à l'extérieur, deux cylindres accolés, l'un externe descendant à partir de la marge jusqu'à l'extrémité inférieure du prolapsus, l'autre interne ascendant se continuant avec la partie supérieure

du côlon. Qu'au contraire, la partie supérieure de ce dernier se précipite en bas à travers l'orifice anal béant, on aura trois cylindres : deux constitués par la portion descendante de l'extrémité inférieure du côlon et la partie haute du rectum, un plus externe constitué par la portion inférieure de cette partie haute du rectum suturée à la peau du périnée et restée fixe. Entre ce cylindre externe et le double cylindre descendant se trouvera un cul-de-sac ouvert en haut. Si la descente continue et si la partie inférieure du côlon abaissé est elle-même attirée en bas, retournée, le cul-de-sac disparaît, l'invagination à trois cylindres sera transformée en une invagination à deux cylindres.

LUDLOFF distingue deux formes :

A) *Prolapsus complet simple*. — Tout le canal colique abaissé et la partie inférieure du segment sus-jacent se retournent et se prolabent; c'est toute l'épaisseur du côlon qui fait le prolapsus : muqueuse, celluleuse et musculieuse. Son épaisseur est donc bien plus considérable : elle est formée de deux cylindres adossés et chacun de ces cylindres comprend les trois tuniques. La muqueuse revêt la face externe du cylindre externe; en dehors, au niveau de la racine de la tumeur, elle se continue directement avec la peau. A la partie inférieure de la tumeur, la muqueuse, en se réfléchissant, circonscrit l'orifice de l'intestin; la musculieuse du cylindre externe est adossée à la musculieuse du cylindre interne. Entre les deux, on ne trouve que du tissu cellulaire lorsque le prolapsus est peu important. Quand il dépasse 6 à 8 centimètres, la disposition change; en avant, entre les deux cylindres antérieurs, le péritoine qui adhère intimement à la musculieuse est entraîné, et forme un cul-de-

sac plus ou moins profond qui communique avec la grande cavité dont il constitue un diverticule. Aussi, les anses intestinales, l'épiploon, l'ovaire, la trompe peuvent-ils s'y engager comme dans un sac herniaire. Il se forme alors une hernie d'un genre particulier à laquelle UNDE a donné le nom d'hédrocèle (DELBET).

C'est la disposition que l'on rencontre le plus fréquemment, la séreuse étant intimement unie à la musculuse du côlon. En arrière, il peut ne pas y avoir de péritoine; c'est alors le mésosigmoïde et le mésocôlon qui viennent s'interposer entre les deux demi-cylindres postérieurs. Le plus souvent, la réflexion de la séreuse se fait de la même manière qu'en avant et il se constitue une hédrocèle postérieure. Mais les adhérences fréquentes qui unissent le segment postérieur du côlon à la face antérieure du sacrum rendent virtuelle cette cavité, la péritonisation du Douglas, après l'amputation du rectum, n'étant réalisée qu'en avant. Si le prolapsus est très important, l'hédrocèle antérieure contient un grand nombre d'anses; à ce moment l'orifice intestinal est naturellement reporté en arrière.

B) *Invagination procidente*. — Il s'agit de l'invagination de la partie supérieure du côlon dans l'inférieure (DELBET). Le premier phénomène est une intussusception du haut-rectum qui, s'accroissant par glissement des deux cylindres internes, finit par passer à travers l'anus. Le pli d'invagination se fait au niveau de la partie supérieure du côlon (7 à 12 centimètres de la marge); celle-ci s'invagine dans la partie basse et la partie distale voisine de la peau restée fixe. On peut décrire au prolapsus deux segments :

— dans son segment prolabé, il est à deux

cylindres : c'est un boudin assez long dont le cylindre enveloppant est séparé par un profond sillon de la marge de l'anus ;

— dans son segment intra-colique, il présente trois cylindres, le troisième cylindre étant constitué par la partie basse de l'abaissement colique et le canal colique inférieur.

Au fur et à mesure que se développe le prolapsus, le point de réflexion s'abaisse et le sillon diminue progressivement de profondeur ; à un moment donné, il disparaît et cette variété de prolapsus devient identique à la précédente.

III. — LÉSIONS ASSOCIÉES

Dans les prolapsus complets où il existe une hédrocèle, entre le cylindre enveloppant et le cylindre enveloppé, se trouve un véritable sac herniaire constitué par la partie basse du cul-de-sac de Douglas qui s'est laissée abaisser. A l'intérieur de celui-ci, on peut rencontrer des organes qui, de par leur situation ectopique, subissent des altérations pathologiques plus ou moins prononcées : torsion d'anse intestinale, adhérences, coudure de trompe, salpingite chronique, etc...

Du point de vue histo-pathologique, les lésions inflammatoires chroniques du haut-rectum et du côlon, caractérisées par un épaissement de la paroi et par un rétrécissement, rarement considérable, de la lumière, réalisent l'image morbide bien caractéristique de la recto-colite chronique hypertrophiante (DELBET, PADOVANI).

A l'examen *macroscopique*, on est frappé par l'induration de la paroi qui fait corps avec le tissu péri-colo-rectal, induré et fibreux. La partie rétrécie est en général très limitée en hauteur ; elle forme

un anneau fibreux ou des stries fibreuses en demi-couronne qui siègent à une distance variable de l'anus.

Les lésions de la muqueuse extériorisée, exposée à toute espèce de frottements, sont considérables. On y trouve de vastes ulcérations à fond irrégulier, sanieux, entourées d'une muqueuse tantôt rouge, turgescence, congestionnée, oedémateuse, avec hypertrophie des plis, parsemée de végétations polypeuses, tantôt épaissie et pachydermique. Dans les cas graves, surinfectés, la muqueuse a même entièrement disparu, il n'existe qu'une seule ulcération, extrêmement étendue, mais qui s'arrête nettement à la limite supérieure du prolapsus. Les couches sous-jacentes, la sous-muqueuse en particulier, forment un bloc scléreux, parcouru de nombreux trajets fistuleux.

Cette muqueuse ectropiée, dont les lésions rappellent parfois la sclérodermie, présente un aspect si particulier que l'on peut se poser la question d'une récurrence in situ; l'expérience montre que ce processus n'y prédispose pas nécessairement, et que la récurrence tient en particulier au brassage des zones lymphatiques provoqué par certains types d'interventions.

C'est à ce stade qu'apparaissent des complications telles que des hémorragies répétées, en nappe, des infections graves, et que les lésions prédisposent, par la diminution même de la résistance des parois rectales, à leur rupture (DELBET).

Le microscope montre des images très polymorphes, caractéristiques de l'inflammation subaiguë et chronique, avec poussées aiguës récidivantes. La muqueuse est tantôt épaissie, hypertrophiée, tantôt atrophiée; l'inflammation y revêt, suivant la nature de l'agent pathogène, le type

catarrhal, suppuré, ulcéreux, nécrotique ou même gangréneux. Il se produit d'une manière constante une augmentation du nombre et du volume des glandes. Souvent l'épithélium, de cylindrique, devient pavimenteux stratifié.

La musculouse présente une hypertrophie des fibres circulaires et longitudinales, s'étendant à la portion qui constitue le cylindre externe du prolapsus. La séreuse peut être parsemée de plaques plus ou moins considérables de péritonite plastique.

La plupart du temps, la structure des plans sous-jacents n'est plus reconnaissable : la sous-muqueuse, la musculouse et le tissu péri-colo-rectal sont envahis par un tissu scléreux, parsemé de foyers lympho-plasmocytaires et d'abcès à des stades évolutifs divers.

• CHAPITRE VIII

ETUDE CLINIQUE

I. — SYMPTOMATOLOGIE

A) *Prolapsus muqueux* :

Au début, on constate l'existence d'une tuméfaction circulaire constituée par un repli muqueux rouge vif, faisant saillie hors du plan périnéal, facilement saignant et se continuant directement avec la peau environnante; il se réduit facilement à une légère pression.

Puis la muqueuse s'extériorise progressivement, et les lésions sont plus accusées. A la période d'état, elle tend à s'étaler plutôt qu'à s'allonger et ne dépasse pas 3 à 5 centimètres de hauteur. Elle prend la forme d'un cône rouge vif, froncé de nombreux plis concentriques lui donnant l'aspect d'une rosace avec au centre un orifice plus ou moins circulaire en étoile ou en croissant qui peut donner issue à des matières fécales ou à du mucus. Quand, sous l'influence d'efforts, la muqueuse exhubérante se déplisse à l'extérieur, l'aspect devient comparable à celui « d'une anémone de mer qui s'ouvre ».

Cette muqueuse, qui s'unit sans sillon à la peau du périnée, est souvent recouverte de mucosités visqueuses qui forment une couche continue ou seulement des stries épaisses; les plis, rendus plus apparents par l'œdème, donnent à la tumeur une forme irrégulièrement annelée. A la palpation, le prolapsus est peu épais.

Si la réduction est facile au début, elle devient au bout de quelque temps beaucoup plus pénible,

un peu douloureuse et peut même provoquer un léger suintement sanguin.

L'évolution de ces prolapsus est très variable :

— les uns restent toujours à ce stade et sont très supportables à condition de prendre quelques soins d'hygiène très simples; c'est le cas le plus fréquent ;

— beaucoup moins souvent, ils ont tendance à s'accroître, se reproduisent de plus en plus fréquemment au point de devenir gênants et permanents; c'est alors qu'on peut voir des ulcérations de la muqueuse prolapsée.

B) *Prolapsus complet et invagination procidente :*

Ils font toujours suite au prolapsus muqueux et sont souvent très importants au bout d'un temps variable. Leur constitution est progressive dans la majorité des cas; mais parfois le prolapsus complet survient brusquement à la suite d'un effort (ce fait est assimilable à celui de la hernie inguinale dite « de force » : sous l'influence d'un effort, il se produit une brusque irruption inguinale ou intra-scrotale de la tumeur herniaire avec signes d'effraction tissulaire. Ce mécanisme est rare).

La tumeur peut atteindre les dimensions d'une tête d'adulte. Elle se présente sous la forme d'un cône tronqué de longueur à peu près constante : 10 à 15 centimètres; sa base, qui peut avoir des dimensions considérables, 15, 20 centimètres de circonférence ou même plus, répond à l'anus. Son volume est variable, suivant que le cul-de-sac péritonéal antérieur est ou non habité par l'intestin. Sa surface, parfois assez lisse ou onctueuse, est le plus souvent annelée par de nombreux plis circulaires; la muqueuse est congestionnée, de couleur

rouge vif, plus ou moins masquée par les mucosités qui la recouvrent, humide au toucher. La tumeur est souple, rénitente, de consistance ferme; le toucher rectal permet de se rendre compte de l'épaisseur des parois et de faire glisser l'un sur l'autre les deux cylindres intestinaux. Epaisseur et consistance ferme des parois permettent de s'assurer que le prolapsus n'est pas constitué uniquement par la muqueuse.

Dans les gros prolapsus où existe une *hédrocèle*, la tumeur prend une forme un peu incurvée en arrière : sa partie antérieure devient par ce fait plus épaisse et bombe; la paroi postérieure, retenue par le méso-rectum et le méso-côlon, se plisse et l'orifice intestinal se trouve ainsi amené à regarder en arrière et en bas (CURLING). La paroi antérieure, tendue et bombée, sonore à la percussion, donne de l'impulsion à la toux et à l'effort, en augmentant de volume comme toute hernie, et gargouille à la pression. La base du prolapsus se continue directement avec la peau du périnée; dans d'autres cas plus rares, il existe un sillon circulaire du fait de la persistance des adhérences cicatricielles dans un entonnoir fibreux primitivement plus ou moins profond.

La mobilité du prolapsus est parfois considérable : lorsque la brèche faite au périnée est très importante, dès que le malade bouge ou se lève et marche, il se produit à travers l'excavation opératoire une protrusion de l'intestin qui peut atteindre 15 à 30 centimètres et même plus. Lorsque le malade est couché sur le ventre, la respiration inscrit ses deux temps sur l'anus périnéal qui laisse sortir la muqueuse au moment de l'inspiration et l'aspire dans l'expiration; dans la position gèneuo-pectorale, le regard peut suivre, dans l'anfractu-

sité creusée au-devant du sacrum, les oscillations du prolapsus intestinal mobilisé par le moindre effort (JABOULAY). Au début, la *réduction* peut se faire facilement, debout d'abord, puis couché; le malade y arrive aisément tout seul.

Par une pression douce à travers une compresse enduite de vaseline, maintenant avec les cinq doigts de la main gauche la périphérie de la tumeur, on refoule progressivement avec la main droite son sommet. A un moment donné, la tumeur file entre les doigts, la réduction est obtenue. Mais ce qui caractérise le prolapsus secondaire, c'est qu'il ne se maintient pas réduit : il est incoercible. En effet, il faut immédiatement après la réduction, serrer les fesses l'une contre l'autre pour empêcher le prolapsus de ressortir. Sinon, la tumeur se reproduit : on assiste à une sorte de reptation, au déroulement d'une série de plis transversaux qui appartiennent au cylindre interne et viennent se ranger progressivement au-dessous de l'externe.

Moschowitz fait remarquer que, si après réduction, on appuie doucement le doigt sur la paroi antérieure du rectum, on empêche le prolapsus de ressortir, alors qu'au contraire une pression, même forte, en arrière, n'empêche pas le prolapsus de se reproduire (Théorie pathogénique de LUDLOFF).

II. — EVOLUTION

Si la réduction est facile au début, peu à peu le relâchement des tissus, la béance de l'anوس rendent la chute du rectum de plus en plus fréquente; elle se fait à l'occasion du moindre effort ou d'une quinte de toux. Les difficultés de réduction augmentent;

pour rentrer la tumeur, le malade est obligé d'exercer des pressions plus prolongées, plus énergiques.

Il arrive un moment où tout effort quel qu'il soit, la simple marche ou même la station debout, extériorisent le prolapsus qui finit par être toujours au dehors; il n'est pas irréductible, le malade le rentre assez facilement; mais au moindre mouvement il ressort : il devient incoercible.

L'infirmité est alors extrêmement pénible : la muqueuse, constamment à l'extérieur, exposée à tous les frottements, rougit, s'irrite, s'enflamme, devient très sensible; elle est le siège de suintements gênants et de saignements plus ou moins importants; des ulcérations se forment qui suppurent, les douleurs sont insupportables. Puis toutes les tuniques, et non plus seulement la muqueuse, s'enflamment. Celles-ci s'épaississent, s'indurent, les cylindres deviennent adhérents les uns aux autres; la tumeur, qui jusqu'alors était simplement incoercible, devient irréductible.

Les malades sont alors condamnés à l'immobilité; ils tombent dans le marasme. Cette grave infirmité leur fait prendre l'existence en dégoût, leur santé s'altère et les affections intercurrentes trouvent chez eux un terrain favorable.

III. — COMPLICATIONS

Certaines complications sont banales et ne présentent pas en elles-mêmes de gravité particulière. Telles sont :

— les hémorragies qui s'observent assez fréquemment, surtout chez les malades à système vasculaire déficient (hypertendus, porteurs de varices

ou d'hémorroïdes) ou présentant des troubles de la crase sanguine ;

— la recto-colite subaiguë ou chronique; cette dernière détermine une transformation scléreuse des parois avec des adhérences qui sont une cause d'irréductibilité.

Nous avons vu que ces symptômes, par leur accentuation, peuvent provoquer des complications graves sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Il nous faut ajouter, pour être complet, certaines complications plus rares :

— la récurrence in situ du cancer du rectum, toujours fatale, et les métastases, hépatiques principalement ;

— la phlébite et le sphacèle, partiel ou total, de la partie prolapsée ;

— les suppurations péri-rectales des espaces pelviens supérieur et inférieur; la cellulite pelvienne;

— la rupture, le plus souvent traumatique, du prolapsus ou de l'hédrocèle avec hernie des anses intestinales et complications péritonéales sévères.

Enfin, les prolapsus très importants, par les altérations de l'état général qu'ils provoquent, peuvent être la cause favorisante de complications pulmonaires, urinaires, cardiaques ou autres.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement du prolapsus secondaire à l'amputation périnéale est aussi difficile qu'est complexe sa pathogénie, chaque conception ayant donné naissance à des interventions différentes. La multiplicité des procédés employés montre l'embarras dans lequel se sont trouvés les chirurgiens pour aboutir à une solution heureuse. Bien qu'il soit toujours ennuyeux d'avoir à traiter cette affection, l'on doit s'efforcer de trouver un procédé de traitement efficace, car l'infirmité est telle que les malades réclament une intervention, quels qu'en soient les risques.

Tout d'abord, il ne faut pas oublier, comme nous le faisons remarquer au début, qu'il s'agit de sujets déjà opérés pour cancer, et que les chances de récurrence sont augmentées du fait que l'on réintervient dans une région pré-cancéreuse, ou peut-être déjà néoplasique, ou tout au moins dont le processus épithéliomateux, stoppé par l'amputation, est en sommeil et ne demande qu'à continuer son évolution. D'autre part, le prolapsus étant une complication relativement précoce dans les $3/4$ des cas, l'on n'est pas absolument sûr que le sujet soit réellement guéri de son cancer; et le chirurgien hésite à entreprendre une intervention dont le seul résultat serait de provoquer une récurrence locale ou métastatique fatale au malade.

Il faut donc éviter de trop remuer une région suspecte, et par conséquent faire une opération suffisante, mais à minima. Le péritoine pelvien est une barrière de protection qu'il vaut mieux ne pas dépasser si l'on ne veut pas atteindre des zones lymphatiques et ganglionnaires dangereuses. .

Suivant les circonstances qui ont provoqué l'apparition du prolapsus (type de l'amputation, état et âge du sujet, état local des lésions et des tissus), le choix du procédé est extrêmement délicat et dépend surtout du degré de ce prolapsus.

Certains auteurs se sont contentés d'appliquer au prolapsus secondaire le traitement du prolapsus essentiel, avec des fortunes diverses.

D'autres, raisonnant plus logiquement, ont essayé de mettre au point des procédés de technique, avec des résultats variables.

Nous avons employé, de notre côté, un procédé classique, mais peu utilisé, qui a donné des résultats satisfaisants.

D'autres, enfin, se sont préoccupés de pratiquer l'abaissement de telle sorte qu'il ne soit pas sujet au prolapsus.

I. — PROCÉDÉS D'EXÉRÈSE

A) *Résection de la muqueuse* (DELORME-JUVARA) :

C'est un procédé simple que l'on peut faire au bistouri, au thermocautère ou au bistouri électrique.

Réservée en principe aux prolapsus muqueux, cette méthode peut être appliquée aux prolapsus plus importants, en ayant soin au cours de l'intervention de décoller la muqueuse de la tunique musculaire que l'on plisse de manière à la ramasser en une sorte de cylindre et que l'on suture aux fils; puis l'on fend le cylindre muqueux, on le sectionne, et l'on place à mesure des sutures muquo-cutanées. HARTMANN pratique plus simplement l'excision de larges bandes de muqueuse (4 en général) pour rétrécir ainsi le rectum et déterminer la production d'adhérences; il dit avoir obtenu des résultats excellents (CAR-

RASCO). Il s'agit en somme d'un procédé identique à celui de WHITEHEAD pour la résection circulaire des hémorroïdes (« lames de feu » au thermocautère).

Pour LECENE, l'opération de DELORME est peu grave, puisqu'on n'ouvre pas le Douglas; mais cette résection large n'a pas une grande valeur curative, car, une fois la muqueuse réséquée, et la suture faite entre la peau et la muqueuse de la partie supérieure du côlon encore fixe, la hernie du Douglas persistera et le côlon descendra de nouveau; il y aura récurrence.

B) Résection totale du prolapsus (MIKULICZ) :

On sectionne à 1 ou 2 centimètres de l'anus, couche par couche, le cylindre externe dans sa moitié antérieure; on ouvre ainsi le cul-de-sac péritonéal antérieur que l'on ferme en suturant les feuillets péritonéaux des deux cylindres l'un à l'autre. On sectionne alors la moitié antérieure du cylindre interne, puis on suture les deux cylindres sectionnés l'un à l'autre. On traite de la même manière la moitié postérieure du prolapsus, où l'on rencontre les pédicules vasculaires recto-coliques que l'on lie avec soin. En cas d'hédocèle antérieure, la réduction des anses intestinales n'offre jamais de difficultés.

C'est une bonne opération, mais qui ne met nullement à l'abri des récurrences (HARTMANN); de plus elle a l'inconvénient d'exposer à des rétrécissements cicatriciels graves (LECENE).

Pour LENORMANT, cette résection, « par sa mortalité et surtout les accidents consécutifs d'infection et de rétrécissement qu'elle entraîne, n'est jamais un traitement de choix, mais elle devient le traitement de nécessité du prolapsus irréductible, ulcéré,

en voie d'infection. Elle ne peut être mise en comparaison, dans les cas ordinaires, avec les opérations conservatrices qui donnent au moins autant de succès et sont infiniment moins dangereuses. A l'opération de DELORME s'adressent les mêmes réserves qu'à la résection totale ».

Aussi, pour BERGERET, est-il plus simple de faire une *amputation colo-rectale*, enlevant toute la partie de l'intestin correspondant au prolapsus, attirant le plus possible en bas celui-là, enlevant même la partie inférieure du côlon qui se laisse abaisser après section de la mésentérique inférieure.

Nous ne pensons pas que ces deux procédés d'exérèse donnent dans l'ensemble des résultats aussi aléatoires. Bien au contraire, d'après nos observations, la valeur pratique de ces résections est incontestable. En elles-mêmes ou comme premier temps d'une intervention combinée, elles donnent des résultats supérieurs à la réduction pure et simple du prolapsus :

— dans notre statistique, sur 35 interventions, la résection, employée 13 fois, a donné 10 succès et 3 échecs; la réduction, employée 22 fois, a donné 12 succès et 10 échecs, et dans les résultats définitifs, la résection seule a donné 5 succès.

En effet, nous avons vu dans la pathogénie que, si l'insuffisance des moyens de soutien est une cause capitale de prolapsus, la longueur exagérée du côlon et sa mobilité anormale créent des conditions favorables à la chute secondaire de l'intestin. La réintégration de la partie prolabée n'est donc pas un procédé logique de traitement, car pour faire une bonne opération, il faut supprimer à la fois l'effet et la cause.

D'autre part, nous pouvons remarquer, toujours d'après nos observations, que la résection mu-

queuse ou complète n'a jamais eu les graves inconvénients signalés plus haut, en particulier n'a jamais entraîné de rétrécissement ultérieur. S'il y a eu des insuccès, il faut les mettre sur le compte de mauvaises conditions locales ou générales, et dans ce cas il est probable que toute autre intervention eût donné le même résultat.

Cette résection peut être combinée avec tous les procédés de traitement qui vont suivre.

II. — PROCÉDÉS S'ADRESSANT AUX MOYENS DE SOUTIEN

A) *Cerclage de THIERSCH* :

De toutes les interventions sur les prolapsus, le plus simple est le cerclage temporaire de l'anus qu'a imaginé THIERSCH, et auquel OMBREDANNE a fréquemment recours dans le prolapsus de l'enfant.

Après avoir réduit le prolapsus, au niveau du raphé rétro-anal, à 1 centimètre et demi de l'orifice, on introduit une aiguille courbe chargée d'un solide fil d'argent ou de bronze d'aluminium, ou d'une bandelette de fascia lata (KIRSCHNER); on l'engage aussi loin que possible et on la fait ressortir. Par le trou de sortie, on la réintroduit et l'on répète la même manœuvre jusqu'à ce qu'on ait fait le tour de l'anus et que l'aiguille ressorte au niveau de son point d'entrée initial. On tend alors l'anse ainsi faufilée autour d'un doigt introduit dans l'anus.

Le fil, faisant office de sphincter, maintient le rectum en place; au dire de THIERSCH, sa présence déterminerait une prolifération du tissu cellulaire et la production d'un anneau fibreux, ce qui permettrait de l'enlever secondairement au bout de trois mois (en cas de cerclage avec une bandelette de fascia lata, cette dernière est laissée définitivement),

De nombreux chirurgiens, particulièrement en Allemagne, ont considéré ce procédé comme le procédé de choix dans les prolapsus de moyenne importance. Les auteurs français ne partagent pas leur enthousiasme. HARTMANN a vu des rétentions de matières qui ne pouvaient s'évacuer à travers cet anneau inextensible, ou la récurrence du prolapsus à la suite d'une rupture du fil.

POUR LENORMANT et LECENE, le cerclage est une mauvaise opération, dont les indications doivent être restreintes aux cas de prolapsus peu volumineux survenant chez des malades déficients ou d'âge avancé; ce n'est en effet qu'un palliatif, car si le prolapsus ne s'extériorise plus, la plicature du rectum en accordéon persistera au-dessus de l'anneau métallique, et l'on ne peut dire que le prolapsus soit réellement guéri après cette opération.

POUR SCHWARTZ, le cerclage ne peut donner un résultat qu'à la condition qu'il reste en place définitivement, ce qui n'est pas sans inconvénients (risques de rupture, d'inflammation autour du fil, voire abcès).

C'est toutefois un procédé que l'on peut essayer avant de recourir à des interventions plus complexes.

B) *Rétrécissement de l'anus :*

Il ne peut s'appliquer qu'aux prolapsus bénins et s'obtient, après réduction, soit par le resserrement périphérique des tissus (LENORMANT, FINSTERER), que l'on réalise en pratiquant une ou plusieurs excisions cunéiformes de la marge de l'anus suivies d'une plicature des plans sous-jacents, soit par le remède simple suivant que E. QUENU et HARTMANN préconisaient déjà en 1897 :

« Il suffit de circonscrire la demi-circonférence

postérieure de l'anus par une incision assez profonde pour obtenir un écartement lozangique; en suturant transversalement de gauche à droite les lèvres de cette incision, on rétrécit à volonté l'orifice anal; en d'autres termes, on applique à l'anus trop large l'opération de LAWSON TAIT pour le périnée (opération qui ressemble à celle conseillée par DELORME en 1888). Cette petite intervention anaplastique est d'ordinaire suffisante pour les prolapsus bénins. »

C) *Sphincter artificiel* :

L'idée de suppléer le sphincter naturel déficient ou absent n'est pas nouvelle, et c'est en visant la continence que du même coup la cure ou la prévention du prolapsus ont été entrepris. Plusieurs procédés ont été proposés. Le plus important d'entre eux est la transplantation du rectum dans la fesse de manière à obtenir un *anus fessier* à peu près continent.

Pour obvier d'avance au prolapsus opératoire, GIORDANO de Venise en 1896 et HEYDENREICH de Nancy en 1897 pratiquèrent un anus intrafessier d'emblée aussitôt l'amputation. WILLEMS avait montré que sur le cadavre, il est possible d'attirer le rectum entre les fibres du grand fessier, à droite ou à gauche, et de constituer ainsi un sphincter musculaire, ce que WITZEL réalisa sur le vivant. RYDYGIER a passé le rectum, non seulement à travers le grand fessier, mais encore à travers le pyramidal, combinant à ce dispositif la torsion de l'intestin. HEYDENREICH décrit la technique de la manière suivante :

« Au lieu d'insérer simplement le bout rectal dans la plaie du périnée, je fais passer ce bout de dedans en dehors à travers une boutonnière pratiquée dans l'un des fessiers par dissociation de ses

faisceaux musculaires, et je suture l'intestin à la peau de la fesse à la sortie du muscle. Je constitue ainsi un anus fessier muni d'un anneau musculaire et qui fera jusqu'à un certain point office de sphincter et empêchera le prolapsus. Cette méthode est aussi applicable après l'amputation de Kraske. »

Quelques années plus tard, en 1905, HARTMANN utilisa ce procédé pour traiter un prolapsus secondaire à une amputation :

« Nous avons pratiqué avec succès l'implantation du rectum dans la région fessière, amenant au-dessous puis à travers une boutonnière du grand fessier gauche le rectum préalablement libéré au niveau du tissu cicatriciel de la région. »

Plusieurs années après cette observation, il eut l'occasion de pratiquer une transplantation fessière, toujours avec succès. Ce procédé fut utilisé dans la suite par différents auteurs; LECENE, en 1926, l'emploie chez des malades dont le sacrum n'est pas très courbé, amputés par voie coccy-périnéale et qui présentent un gros prolapsus du sigmoïde. BREITNER de Vienne, en 1929, pratique systématiquement l'implantation intra-fessière qui est pour lui le meilleur traitement des prolapsus sacrés.

Dérivant du même principe, mais beaucoup moins utilisés, d'autres procédés visent à l'obtention d'un anneau musculaire ou aponévrotique formant sphincter et qui s'oppose dans une certaine mesure à la chute du rectum. Différentes plasties ont été proposées dans ce but :

a) Après résection ou réintégration de la partie prolapsée, on refait un sphincter en utilisant un

lambeau pédiculé de muscle fessier ou libre de fascia lata; mais les résultats ont été décevants.

b) CHETWOOD et KELSEY, en 1908, détachent de chacun des muscles grands fessiers un faisceau de fibres d'un pouce d'épaisseur, le laissant adhérent au reste du muscle par son extrémité postérieure. Les deux lanières musculaires ainsi disséquées sont entre-croisées, amenées autour du rectum, puis suturées en avant de celui-ci.

c) WREDEN et STONE, en 1929, enroulent autour de l'anus deux bandelettes fibreuses prélevées sur le fascia lata en opérant de la manière suivante : de chaque côté, sur une ligne allant du coccyx à l'ischion, une incision met à nu le bord du grand fessier dont on dissocie un faisceau de fibres ayant l'épaisseur du doigt. Deux autres petites incisions sont faites en avant et en arrière de l'anus à 1 centimètre de la jonction muquo-cutanée; les quatre incisions sont réunies par des décollements sous-cutanés. Par les tunnels ainsi créés, il est facile de faire passer successivement deux languettes aponévrotiques qui encerclent chacune un des côtés de l'anus et vont s'attacher au bord du grand fessier opposé, en passant à travers la boutonnière faite à ce muscle.

c) SENEQUE, en 1945, pour un volumineux prolapsus colo-rectal consécutif à une amputation de Lisfranc chez une femme, a fait une plastie musculaire avec le muscle droit interne enroulé dans la circonférence de cet énorme anus; le résultat pour la malade a été très satisfaisant après avoir nécessité une retouche secondaire.

D) *Rétrécissement du rectum :*

C'est pour éviter le prolapsus post-opératoire que certains chirurgiens ont été amenés à modifier le traitement du bout colique en se basant sur le fait que les rétrécissements inflammatoires du rectum retiennent celui-ci dans sa position et l'empêchent de se prolaber lors des efforts considérables que font les malades. Ces rétrécissements provoqués peuvent porter sur le calibre du rectum, sur sa longueur ou sur les deux à la fois.

a) Parmi les procédés qui visent au rétrécissement propre du colo-rectum, il faut citer la technique de LECENE, variante d'un procédé imaginé par E. QUENU et HARTMANN :

LECENE coupe l'intestin — au moment de l'amputation — plus haut que le plan eutané, sans chercher à l'abaisser, sans mettre une seule suture; mais il lie sur un tube de Paul l'intestin sectionné et tasse de la gaze iodoformée autour du tube. L'anus infundibuliforme ainsi obtenu est réfractaire au prolapsus : c'est un défilé étroit enserré dans un bloc cicatriciel à la fois rétréci et incontinent.

KOCHER, GAUDIER et HUET préconisent l'abandon pur et simple du bout colique à lui-même au fond de la plaie périnéale, pour obtenir la formation d'un trajet fistuleux cheminant à travers les parties molles, ce qui évite la constitution ultérieure d'une procidence du rectum.

Ces deux procédés, à peu près identiques, peuvent également être utilisés après l'amputation d'un prolapsus, même de dimensions énormes. Mais la mauvaise qualité des tissus périnéaux, remaniés par des interventions itératives, compromet le résultat final ou provoque une sténose trop serrée obligeant

à des calibrages périodiques. D'ailleurs, les résultats éloignés de cette méthode, observés par J. QUEM, lui ont paru dans l'ensemble défavorables.

Dans le même ordre de faits, MORESTIN, dès 1893, avait remarqué que le prolapsus était beaucoup moins fréquent chez les malades ayant suppuré; en effet, il s'est produit chez eux, tout autour du rectum, un tissu scléreux rétrécissant son calibre, provoquant des adhérences intimes entre les diverses tuniques et accolant le rectum aux organes voisins.

b) La plicature du rectum en accordéon, réalisant un rétrécissement vertical, et obtenue par rectorrhaphie externe antérieure et postérieure, a été réalisée par GERARD-MARCHANT et LENORMANT dans les prolapsus de moyenne importance.

La technique en est simple : on plisse le rectum en passant à travers ses tuniques, sans perforer la muqueuse, une série de fils cheminant dans leur épaisseur sur une longueur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; en nouant ces fils, on raccourcit le rectum. Deux ou trois étages de fils sont ainsi placés en avant et en arrière. Pour terminer, on fixe l'intestin au bord oblique des grands ligaments sacro-sciatiques. Cette recto-plicature a le gros inconvénient de ne pas s'opposer à la chute ultérieure de la muqueuse seule qui n'est pas intéressée par le plissement. Elle a été très peu employée.

c) Plus intéressant est le procédé de GERSUNY (1893) qui combine le raccourcissement et le rétrécissement :

Le rectum étant séparé des parties voisines sur une hauteur de 6 centimètres environ, on le tord de 360° sur son axe avant de le fixer dans cette nouvelle situation à la peau du périnée. On fait ainsi subir à ses tuniques une série de replis spiroïdes qui

oblitérent la lumière du rectum, créent une sorte de sphincter interne grâce à l'enroulement des fibres longitudinales et offrent une résistance élastique à la colonne fécale qui s'accumule au-dessus de lui.

Ce mode de procéder a été accepté immédiatement par GERSTER de New-York et semble avoir été adopté à l'époque par un grand nombre de chirurgiens allemands (EISELSBERG, RIEDEL, REHN). BALL en Irlande, CHAPUT en France, y ont eu recours avec avantage. RYDYCIER combine cette torsion à la transplantation intra-fessière du rectum. KEEN déclare s'en être mal trouvé, l'affrontement se faisant moins bien après la torsion que dans les conditions habituelles.

Pour GAUDIER, la torsion complète de 360° ne peut que donner de mauvais résultats : elle est dangereuse, car elle est susceptible de compromettre la vitalité du segment tordu par élongation ou étranglement du méso et d'en amener la gangrène : c'est pour cette raison qu'il vaut mieux pratiquer une torsion incomplète.

Beaucoup plus tard, en 1925, TERMIER, de Grenoble, préconise à nouveau la torsion de GERSUNY; et LECENE, qui y revient, l'effectue incomplètement, d'un demi-tour seulement.

Cette méthode, souvent pratiquée d'emblée après l'amputation, a été abandonnée depuis longtemps.

E) *Opération de SARATOFF :*

Ce procédé récent (1939) de traitement des prolapsus rectaux primitifs, a été quelquefois employé dans celui du prolapsus secondaire. Il vise à obtenir un anneau fibreux cicatriciel qui renforce le fond du bassin et vient se coller contre le diaphragme uro-

génital. On pratique une incision circulaire parallèle à la marge de l'anus et à 1 centimètre au-dessus d'elle; on attire la lèvre inférieure de l'incision vers le bas et, à 1 centimètre au-dessus, on fait une deuxième incision circulaire; on excise la portion des téguments comprise entre les deux incisions avec une partie du tissu graisseux sous-jacent. Le raphé périnéal est séparé en arrière; on introduit dans le rectum une sonde enveloppée de gaze et la partie incisée est méchée. La cicatrisation se fait par granulations en trois semaines; il se forme une cicatrice circulaire profonde qui se recouvre finalement d'épithélium et qui se solidarise avec les plans adjacents.

Cette méthode n'a pas donné les résultats espérés.

F) *Opération de CUNEO-SENEQUE :*

La colpo-périnéorrhaphie postérieure d'HEGAR, reprise par CUNEO et SENEQUE, est une opération plastique destinée à reconstituer le périnée déficient en suturant et le vagin et le périnée de manière à assurer ainsi au rectum deux points d'appui solides pour empêcher son issue à l'extérieur. Dans le prolapsus secondaire, elle est souvent complétée par une pexie abdominale. Elle consiste dans l'excision d'un lambeau de forme variable, le plus souvent triangulaire à sommet supérieur et postérieur, disséqué dans la paroi vaginale postérieure qu'on sépare par clivage de la paroi rectale. Les bords de ce triangle sont suturés par un surjet au catgut qui rétrécit et relève la paroi postérieure. Au niveau de la vulve, des fils, enfoncés perpendiculairement de façon à charger et à ramasser tous les tissus musculaires profonds, reconstituent un périnée épais et large, bien étoffé.

Les résultats sont variables et dépendent en grande partie d'une bonne indication opératoire; ils sont excellents dans tous les cas où l'on dispose de tissus périnéaux assez résistants chez des sujets d'âge moyen. Si les tissus sont de médiocre qualité, mieux vaut recourir à d'autres opérations.

G) *Myorrhaphie des fessiers de HARTMANN* :

Ce procédé est décrit au chapitre suivant.

III. — PROCÉDÉS S'ADRESSANT AUX MOYENS
DE SUSPENSION

A) *Colopexie* :

Pratiquée par JEANNEL en 1889, la colopexie, qu'elle siège sur l'anse sigmoïde ou sur le côlon descendant, fut, de tous ces procédés, le plus utilisé, parce qu'il traite anatomiquement deux causes importantes du prolapsus, savoir la mobilité de l'anse Oméga et la chute de celle-ci dans le petit bassin. Les premiers opérateurs attiraient le côlon le plus haut possible pour réduire le prolapsus par cette traction et fixaient l'intestin à la paroi par son segment inférieur (VERNEUIL, BOGDANIK).

Mais les résultats ne furent pas brillants, car la fixation au péritoine s'avéra manifestement insuffisante : il faut que le côlon soit amarré à des parties ne pouvant se laisser entraîner. C'est ce qu'ont fait LENORMANT, E. QUENU et DUVAL.

Par une grande incision passant au-dessus de l'arcade de Fallope, on tire le côlon pelvien jusqu'à ce que le prolapsus soit entièrement réduit et que l'anus périnéal, attiré dans la profondeur, ait pris

une apparence infundibuliforme. Après résection d'un lambeau de péritoine, on réunit le bord mésentérique de l'intestin à la tranche péritonéale interne de la surface avivée. Amenant au contact de la surface cruentée le côlon, on fixe par un surjet son bord libre à la tranche péritonéale externe, prenant soin de passer le fil profondément de manière à charger, en même temps que le péritoine, le fascia iliaca et les fibres superficielles du muscle psoas (HARTMANN).

QUENU et DUVAL ont combiné la colopexie et l'oblitération du cul-de-sac de Douglas par plusieurs points en bourse superposés faits au fil de lin. Le côlon est ensuite attiré le plus haut possible et fixé obliquement d'abord au ligament large de droite à gauche chez la femme, au péritoine rétro-vésical et latéral gauche chez l'homme. Plus haut, dans la fosse iliaque, le côlon est fixé à travers une boutonnière péritonéale au petit psoas et au psoas, en dehors des vaisseaux iliaques. De plus, le rectum peut être solidarisé chez la femme avec la face postérieure du vagin et celle de l'utérus, cette solidarisation étant elle-même suivie ou non d'une pexie de l'utérus prolabé.

LENORMANT réserve cette colopexie aux invaginations procidentes et à tous les prolapsus étendus et graves, à condition qu'ils ne soient pas trop anciens et qu'ils aient conservé une certaine mobilité pour permettre leur réduction.

Les résultats, en général, n'ont pas été brillants; c'est ainsi que dans nos observations nous relevons 3 succès et 4 échecs sur 7 cas.

B) *Rectopexies postérieures* :

D'autres auteurs ont fait des pexies postérieures, fixant le rectum ou le côlon abaissé aux parois ostéo-fibreuses de l'excavation pelvienne.

VERNEUIL se contentait de passer, dans l'épaisseur des parois rectales, des anses de fil qui prenaient d'autre part les deux lèvres d'une incision des tissus fibreux pré-sacrés; GERARD-MARCHANT combina cette fixation à une recto-plicature.

Un procédé très simple est celui pratiqué par un certain nombre de chirurgiens scandinaves (EKEHORN, PETREN). Il consiste, après avoir réduit le prolapsus, à passer une aiguille sur la partie latérale du sacrum, à traverser toutes les parties molles et à pénétrer dans la cavité rectale. Avec cette aiguille, on ramène une anse de fil. On procède de même du côté opposé, attirant l'autre extrémité de l'anse, et l'on noue les deux extrémités sur la peau. La suture est laissée en place 14 jours.

LENORMANT réserve cette intervention aux prolapsus de volume moyen et qui ne paraissent pas offrir de difficultés spéciales. Mais HARTMANN déconseille ce procédé qui s'accompagne fréquemment d'une réaction inflammatoire, cause d'insuccès.

LOCKHART MUMMERY réalise une pexie postérieure par un procédé également très simple. Il obtient l'adhérence de l'intestin au sacrum de la manière suivante : on pratique un décollement latéral et postérieur du rectum que l'on pousse jusqu'à lui donner une profondeur égale à la longueur du prolapsus; puis l'on mèche la cavité rétro-rectale de moins en moins loin à chaque pansement pendant un mois. Lorsque la plaie est cicatrisée, le rectum est solidement adhérent au sacrum et il est

impossible aux parois postérieure et latérale du rectum de descendre.

Lorsque le prolapsus est extrêmement important, on fait en même temps une opération plastique.

IV. — PROCÉDÉS PARTICULIERS

Dans certains cas où, pour des raisons locales ou générales, les différents traitements précédents n'ont pu être appliqués ou sont contre-indiqués, les chirurgiens ont imaginé des procédés pour obvier dans une certaine mesure au prolapsus et à ses inconvénients. Les résultats en ont été très variables, mais dans l'ensemble médiocres. Ils peuvent néanmoins rendre service aux malades chez lesquels on ne peut tenter autre chose. Nous ne ferons que décrire sommairement ici ces divers procédés :

a) HARTMANN en 1911, pour une chute du rectum après amputation périnéale pour rectite sténosante, a opéré une transplantation latérale du rectum dans une incision de la fosse ischio-rectale gauche, suivie d'une suture en masse des parties cruentées. Revue un an après, la jeune femme présente un peu d'éventration périnéale sans prolapsus rectal.

b) CHALIER en 1909, dans les prolapsus muqueux, conseille de faire disparaître l'ectropion au moyen d'une petite opération anaplastique consistant à décrire une incision demi-circulaire sur le rebord postérieur de l'orifice, de façon à obtenir un écartement losangique des deux lèvres que l'on suture alors entre elles, de droite à gauche, transversalement.

c) MONPROFIT en 1895, a ingénieusement utilisé le prolapsus sacré pour rétablir la continuité, l'anüs normal étant resté en place (opération de HOCHENEGG). Au lieu de pratiquer la résection du prolapsus, il détachait l'anüs sacré et, après effondrement du cul-de-sac supérieur du bout distal abandonné, il amenait à travers lui jusqu'à l'anüs le cylindre rectal précédemment mobilisé. E. QUENT doute fort que cette réparation tardive soit toujours possible; elle n'en laisse pas moins subsister les dangers immédiats de l'anüs sacré et tous ses inconvénients jusqu'à l'époque d'apparition d'un prolapsus suffisant; MANDL y associe la suture des fessiers comme HALTER.

d) JABOULAY en 1907, pratiqua une ceinture cutanée inter-fessière, sorte de pont constituant une sangle artificielle renforçant le périnée.

e) MOULONGUET en 1945, préconise une plastie cutanée fessière à deux lambeaux qu'on arrive aisément à mettre au contact et à suturer aux fils d'argent; ces lambeaux, non doublés, sont cruentés sur leur face profonde qui s'oppose à la paroi rectale procidente.

f) HARTMANN en 1931, recommande les moyens suivants : « Lorsque le prolapsus se limite à la saillie d'un petit bourrelet muqueux, il suffit de maintenir au contact du nouvel anus une petite lame d'ouate enduite de vaseline et maintenue par un bandage en T. Si le prolapsus est plus important, on peut le contenir par un bandage analogue à celui fait pour les hémorroïdes procidentes.

« Dans un cas (il s'agissait d'une femme âgée, grasse, qui, en même temps que son prolapsus consécutif à une amputation périnéale pour cancer, avait une véritable éventration périnéale), nous

avons dû nous borner à soutenir les parties prolapsées à l'aide d'une plaque de caoutchouc, allongée d'avant en arrière, recouvrant tout le périnée et suspendue par des lacs passant au-dessus des épaules. »

g) MORESTIN, dès 1894, conseillait déjà, dans certains cas, le port d'une ceinture, d'un bandage ou d'un appareil à pelote appropriés.

h) Enfin, COUDRAY, en 1941, préconise, pour obtenir un bon résultat, l'association de la chirurgie à la sclérose par injections, pratiquées tout autour de l'abouchement colo-périnéal.

Arrivés au terme de cet exposé qui, par suite de la multiplicité des techniques présentées, peut paraître obscur et fastidieux, nous pouvons retenir les faits suivants :

Il n'existe pas de traitement unique s'adressant à toutes les variétés du prolapsus post-opératoire. Dans chaque cas particulier, il faut reconnaître le facteur étio-pathogénique prédominant (qui, pour MOULONGUET, reste l'absence du plancher pelvien), et dans ce but employer la technique la plus appropriée.

Il faut nettement différencier le prolapsus muqueux, qui peut rester stationnaire et pour lequel des mesures d'hygiène, un traitement conservateur, suffisent à assurer la guérison. Tout au plus, on peut s'adresser aux méthodes s'attaquant directement à l'anus (cerclage temporaire ou définitif, thermo-cautérisation).

Par contre, dans les gros prolapsus, il est exceptionnel qu'un traitement conservateur ait un résultat

définitif. Les facteurs étiologiques et pathogéniques résident, suivant les cas, dans une longueur anormale du côlon pelvien et de son méso, d'un cul-de-sac de Douglas trop profond, d'un plancher pelvien effondré. S'attaquer uniquement à l'anus sera insuffisant dans la plupart des cas, car on ne supprime pas la cause qui subsiste toujours. C'est ainsi qu'on différencie les méthodes de soutien et de suspension visant soit à relever le plancher périnéal, soit à suspendre l'intestin prolabé. Enfin, d'autres interventions tendent à associer les deux procédés, de manière à suspendre et à fixer définitivement le prolapsus rectal.

Dans le choix de sa technique, le chirurgien devra se guider, après un examen attentif de son malade, sur divers facteurs, entre autres : l'âge, le sexe et l'état général du sujet, la variété, la durée et l'étendue du prolapsus.

CHAPITRE X

TECHNIQUE OPERATOIRE

H. HARTMANN, dans son livre sur la « Chirurgie du Rectum », a décrit brièvement le procédé de traitement du prolapsus secondaire que nous avons utilisé dans notre cas personnel.

Mais HARTMANN se contentait de pratiquer — après réduction du prolapsus — la suture des muscles grands fessiers, alors que nous y avons associé la résection du prolapsus à la MIKULICZ.

Ce procédé de myorraphie fessière semble avoir été inauguré en 1910 par LECENE, dans le service de HARTMANN, pour un cas de prolapsus consécutif à une amputation périnéale pure pour rectite sténosante chez un homme de 56 ans, opéré l'année précédente. Le résultat fut durable.

HARTMANN l'utilisa de nouveau beaucoup plus tard, en 1924 puis en 1929, dans des cas analogues au nôtre.

D'autres auteurs — étrangers notamment — l'employèrent avec succès :

— MANDL de Vienne, en 1926, à la clinique de HOCHENEG, reprend la technique de MONPROFIT (utilisation du prolapsus sacré pour rétablir la continuité) et l'applique à 13 cas en y associant la suture des fessiers pour avoir une bonne sangle périnéale.

— GIANGRASSO de Rome, en décrivant ce procédé qu'il utilisa en 1945 chez un homme amputé pour cancer, s'exprime ainsi : « Je crois que mon procédé a une base anatomique parce que j'ai pensé à utiliser les muscles grands fessiers pour constituer, par leur suture l'un à l'autre, un plan de soutien et de contention. »

— HALTER de Vienne, en 1948, se sert des mus-

des fessiers pour combler la brèche laissée ouverte par l'absence des releveurs de l'anüs; il les suture sur la ligne médiane pour former un plancher pelvien artificiel, et par là, prétend faire la cure de la hernie périnéale de LUDLOFF.

Nous avons utilisé la myorraphie fessière de HARTMANN dans notre cas personnel en 1944, à la suite de plusieurs échecs successifs avec d'autres procédés (observation I). Mais, contrairement à tous les auteurs, nous avons pratiqué dans un premier temps une résection large de toute la partie prolapsée et de la portion du côlon qui s'est laissée abaisser.

Ce procédé, qui tient compte des données de la pathogénie, est un procédé anatomique, et cela, pour plusieurs raisons :

— l'abaissement du côlon au périnée, lorsqu'il est pratiqué très en avant, n'a jamais déterminé de prolapsus; alors que la plupart du temps, la situation trop postérieure de l'anüs périnéal provoque une chute ultérieure du côlon (E. QUENT) ;

— la double coudure que subit l'intestin lui permet de résister aux forces qui le sollicitent à se porter à l'extérieur, parce que celles-ci s'épuisent sur les courbures (HARTMANN, DELBET, MANDL) ;

— on reconstitue le plus puissant moyen de soutien du rectum, c'est-à-dire le plancher pelvien (GIANGRASSO).

Notre technique personnelle peut être décrite de la façon suivante :

Soins pré-opératoires

Pendant plusieurs jours avant l'intervention, nettoyage soigneux du prolapsus au Dakin et au sérum physiologique. Lavements bi-quotidiens ou lavages du segment inférieur par l'anüs iliaque —

lorsque celui-ci a été conservé — avec des solutions sulfamidées; antibiotiques par voie générale.

Intervention

Anesthésie générale, ou mieux rachi-anesthésie.

I. — Position gynécologique avec forte inclinaison en arrière et flexion forcée des membres inférieurs pour obtenir une antépulsion et une rotation en avant et en haut du bassin.

II. — Incision elliptique, se dédoublant autour de l'anus pour circonscrire immédiatement la masse prolabée, se continuant en avant le plus loin possible ;

— ou incision curviligne parallèle au bourrelet cicatriciel postérieur du nouvel anus et un peu distant de celui-ci, se prolongeant en avant.

III. — Décollement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané en avant et en arrière; dissection périphérique de l'anus, puis du rectum prolabé sur une hauteur de quelques centimètres dans la zone cellulo-fibreuse péri-colique, jusqu'à la paroi intestinale en avant et en arrière jusqu'au raphé médian des muscles grands fessiers.

IV. — Section circonférentielle de proche en proche, avec hémostase à la demande, de l'intestin extériorisé et représenté par la double tunique éversée en doigt de gant dont le centre correspond à la lumière du tube colique.

A ce moment-là, deux éventualités peuvent se présenter :

— il existe une hédrocèle antérieure; suivant son importance, on ouvre le péritoine en avant et

latéralement pour réduire les anses et réséquer le sac herniaire que l'on suture par des points en bourse; ou bien on refoule en masse le cul-de-sac péritonéal, sans ouvrir la séreuse, ce qui est mieux ;

— dans l'interstice cellulo-grasieux péri-colique attiré à l'extérieur, entre les deux cylindres, peuvent apparaître — surtout si le prolapsus est important — des organes tels que déférents et vésicules séminales chez l'homme, utérus et trompes chez la femme. On les résèque en bloc avec l'intestin, en ayant soin, chez la femme en particulier, de bien dégager les uretères pour les refouler.

V. — Le tube colique central isolé est ensuite facilement éloigné du sacrum au contact duquel il était. Il est attiré le plus possible en avant vers la racine des bourses ou le vagin, pour être fixé en fin d'intervention à la peau de la partie toute antérieure de l'incision inter-fessière.

Les deux muscles grands fessiers sont libérés latéralement de leur aponévrose de recouvrement et leur bord interne est avivé.

4 à 6 fils, chargeant le bord de ces muscles, faufilent le côlon au passage qui est couché d'arrière en avant au fond de la rigole creusée dans l'épaisseur des plans fibreux, et vont le fixer dans sa nouvelle situation. Entre le sacrum en arrière et le passage de l'intestin en avant, la brèche longitudinale est fermée par le rapprochement sur la ligne médiane des deux muscles fessiers qui viennent au contact par leur bord interne; ils masquent ainsi le passage du côlon d'avant en arrière et lui constituent un plan de soutènement.

Les fils de la suture des fessiers, conservés longs, sont repassés à travers les lèvres cutanées après leur entre-croisement en 8 de chiffre entre le

plan musculaire et le plan cutané, et servent ainsi à fermer l'incision de la peau.

VI. — Le bout colique est suturé par quelques crins à la peau du périnée libérée au début de l'intervention, cependant que d'autres crins intermédiaires aux points en 8 assurent l'affrontement parfait des lèvres de l'incision.

Un drain est placé dans la partie postérieure de l'incision, en arrière de la ligne de suture, dans l'évidement pré-sacré du rectum. Un autre petit drain est introduit dans le bout colique et séparé de la suture muquo-cutanée par des mèches de gaze iodoformée.

VII. — Ce dernier temps a été un peu modifié par GIANGRASSO : il suture isolément les fessiers au fil perdu, puis constitue un solide plan cellulo-cutané en pratiquant une suture transversale de l'incision longitudinale, ce qui provoque un resserrement frontal des tissus.

Soins post-opératoires

Le petit drain rectal assure l'évacuation des gaz lorsqu'il n'y a pas d'anus gauche, et dans tous les cas, des produits de sécrétion du côlon. Il tombe avec les mèches lors de la première purgation ou du premier lavage du bout inférieur, c'est-à-dire au 7^e ou 8^e jour. Le drain sacré est enlevé lorsque ce drainage devient inutile; en principe du 8^e au 10^e jour.

Les fils sont enlevés le 14^e jour; le malade est laissé couché trois semaines pour assurer une bonne cicatrisation.

Un bandage périnéal de soutien est inutile lors de la reprise de la marche. Des soins de propreté

minutieux sont indispensables en cas de suppuration autour du nouvel abouchement périnéal, ou de petite fistule osseuse pré-sacrée.

Ce procédé, utilisé il y a sept ans, et dont nous n'avons pas eu l'occasion de nous servir depuis, pourrait bénéficier des progrès actuels. En particulier, parmi les acquisitions récentes, il faut faire une place au matériel de synthèse : une large plaque de nylon, insinuée entre le côlon et le plan des fessiers, solidarisée au moyen des fils qui les chargent au passage, devrait permettre de renforcer le plancher périnéal, au cas où l'insuffisance des muscles fessiers ou la présence d'un tissu fibreux rétractile risquerait de compromettre la solidité du périnée reconstitué.

CHAPITRE XI

ICONOGRAPHIE

FIGURE 1. — Pièce opératoire d'amputation pour prolapsus. L'amputation a porté non seulement sur le prolapsus lui-même, mais sur toute la partie du côlon qui s'est laissée abaisser et se serait ultérieurement prolapsée. — (Hartmann.)



FIGURE II. — Tracé de l'incision autour de l'anus pré-coccygien, consécutif à une amputation périnéale du rectum.
-- (Hartmann.)

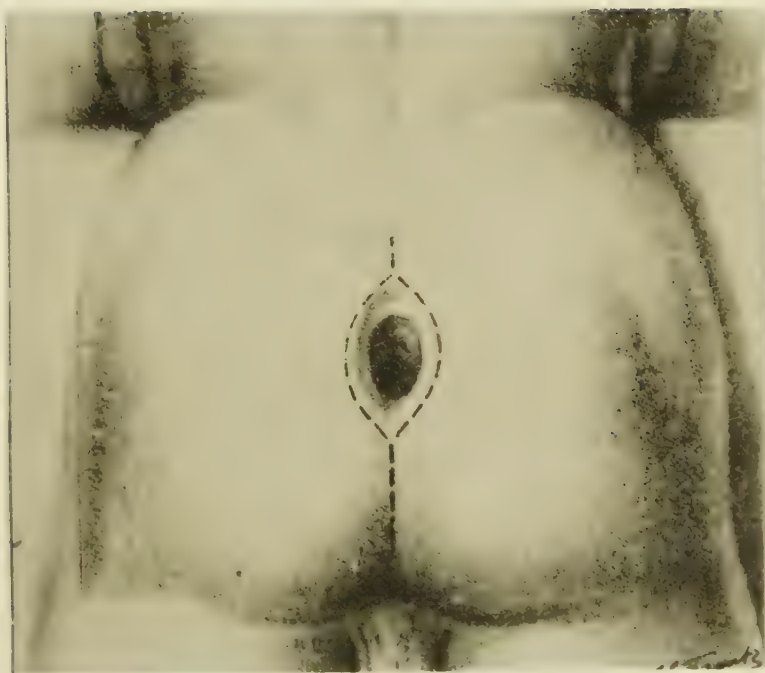


FIGURE III. — Après résection du prolapsus, dissection
de la partie inférieure du sigmoïde — (*Hartmann.*)

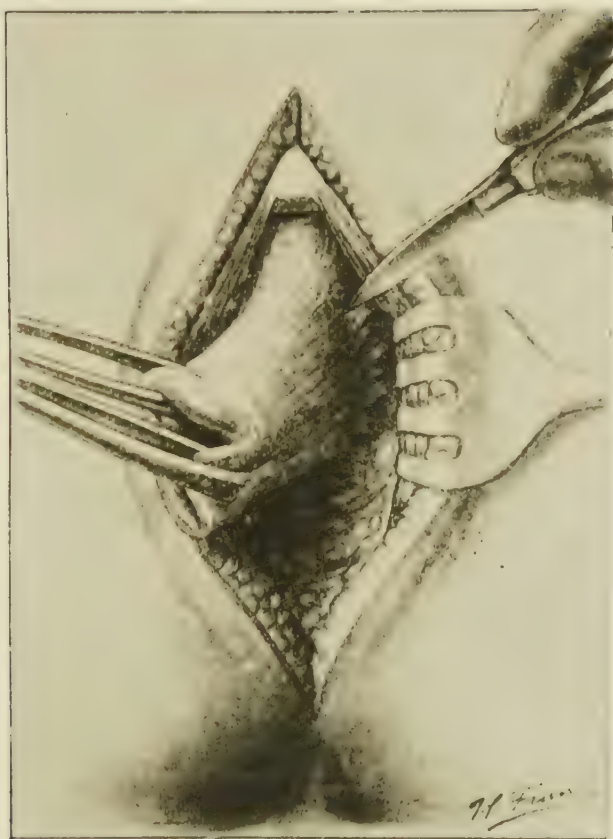


FIGURE IV. — Le sigmoïde disséqué est attiré en avant. Des fils, traversant la partie interne des grands fessiers, le chargent au passage et vont le fixer dans sa nouvelle situation. — (*Hartmann.*)





FIGURE V. — Une grande partie de l'incision cutanée est suturée à l'aide des fils de la suture des fessiers conservés longs. A la partie postérieure, en avant du drain pré-sacré, on voit la disposition de ces fils en 8 de chiffre qui prennent à la fois les fessiers et la peau. — (*Hartmann.*)

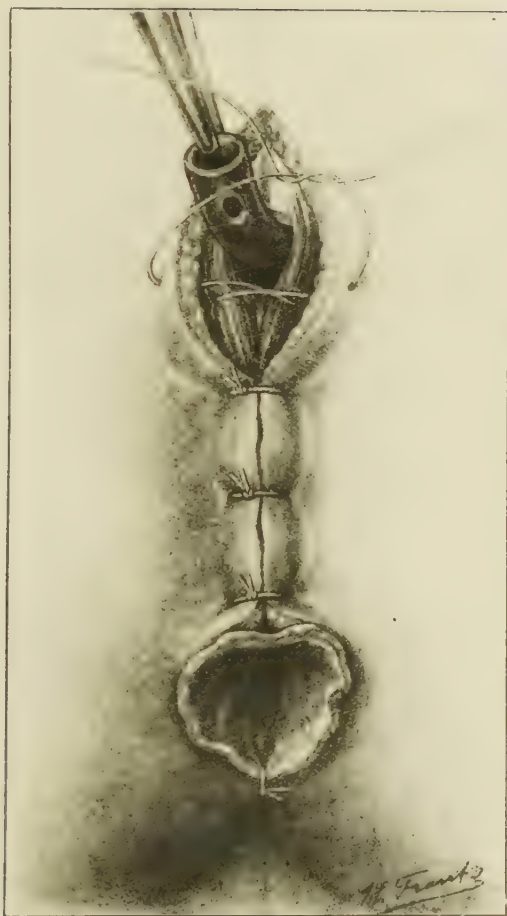


FIGURE VI. — La suture est terminée ; le bout colique, couché sur la suture des fessiers, est fixé à la peau. — (*Hartmann.*)

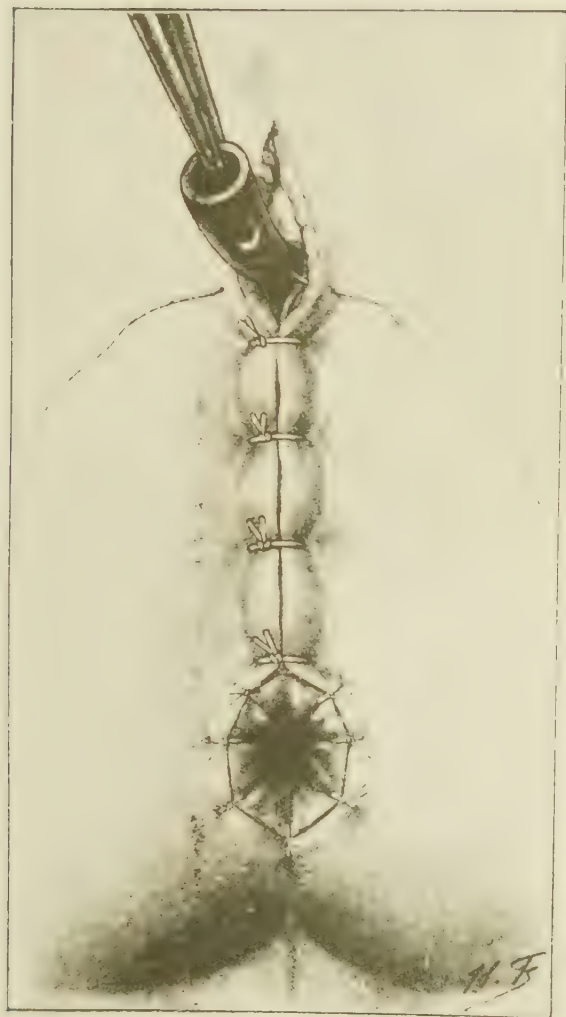




FIGURE VII. — L'opération est terminée. Un petit drain a été introduit dans le bout colique et est séparé de la suture muquo-cutanée par des mèches de gaze iodoformée. — (*Hartmann.*)

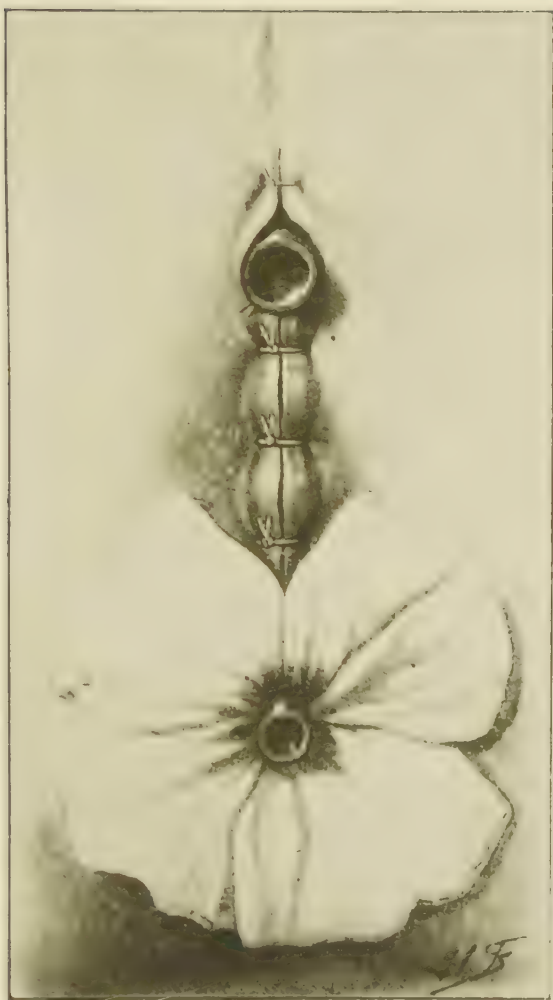
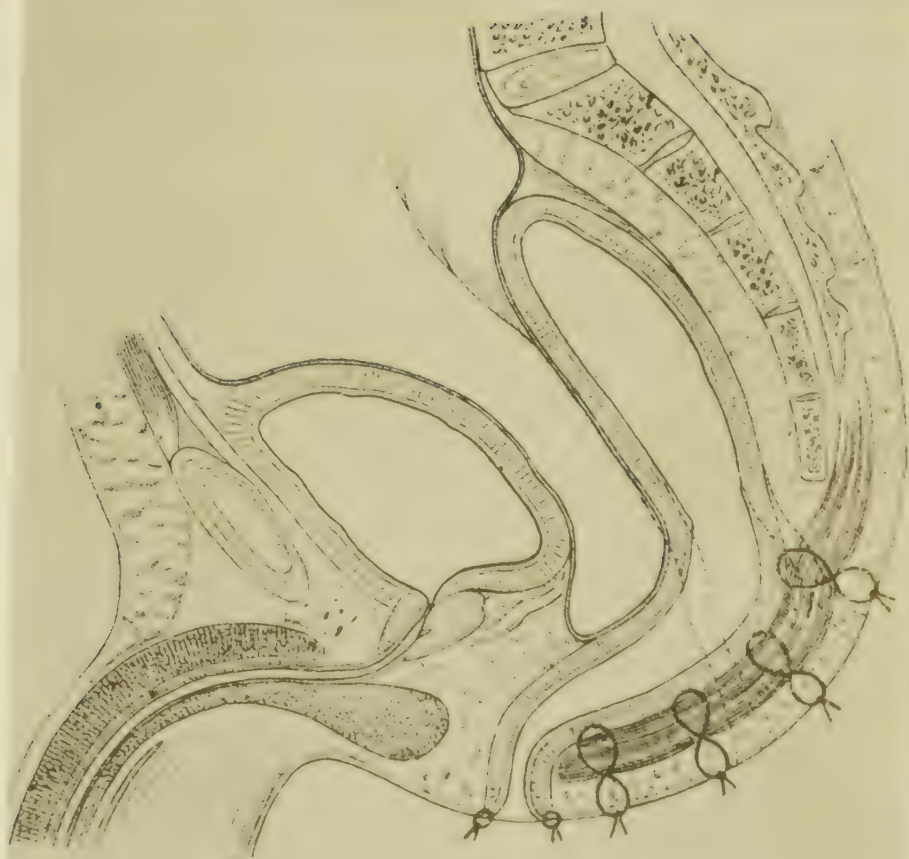


FIGURE VIII. — On voit sur cette coupe que la partie inférieure du côlon abaissé, qui se trouvait primitivement très en arrière, comme l'indique le tracé en pointillé, se trouve coudée, reportée en avant et repose, dans toute son étendue, sur un plan solide constitué par la suture des fessiers. — (Hartmann.)



CHAPITRE XII

PRONOSTIC

Le prolapsus post-opératoire n'est pas une affection grave en elle-même. S'il crée parfois des troubles fonctionnels intestinaux qui peuvent se surajouter à l'incontinence, la gêne considérable qu'il provoque et les soins d'hygiène constants qu'il nécessite compromettent gravement l'activité des malades, et en font de véritables infirmes.

Le pronostic vital est dans l'ensemble bénin.

Si le prolapsus est abandonné à lui-même, nous avons vu que des complications peuvent apparaître, complications hémorragiques et infectieuses principalement, et qui aboutissent, après un temps plus ou moins long, à une altération de l'état général. Localement, les lésions de la muqueuse ne prédisposent pas nécessairement à la récurrence in situ.

Traité au contraire, c'est-à-dire opéré, le prolapsus guérit complètement, et l'avenir des malades est transformé.

Du point de vue du pronostic opératoire, plusieurs faits sont à remarquer :

I. — Quel que soit le traitement appliqué, nous n'avons pas relevé de mortalité opératoire; et ceci pour les raisons suivantes :

— l'opération du prolapsus est peu choquante, parce que le maximum se fait par les voies basses ;

— les chirurgiens ont toujours eu souci de pratiquer une intervention a minima, étant donné l'âge souvent avancé des malades ;

— on travaille dans une région peu vascularisée, donc peu sujette aux hémorragies secondaires;

— les soins pré- et post-opératoires minutieux

réduisent au minimum les complications infectieuses ;

— enfin, les méthodes modernes de réanimation et les procédés techniques de plus en plus perfectionnés amenuisent encore les chances d'insuccès.

II. — Les risques de récurrence du cancer sont minimes. Dans nos observations, elle est apparue deux fois; et il s'est agi les deux fois d'une récurrence survenue après intervention par voie basse (amputation de MIKULICZ). Nous n'avons pas pu préciser les raisons de ces échecs; mais il semble qu'on doive les expliquer par une amputation incomplète ayant laissé sur place des foyers néoplasiques. D'ailleurs dans un cas (observation XIV), la première opération avait été incomplète et avait nécessité une reprise pour poursuivre l'amputation du fait de la présence d'un noyau induré persistant dans le méso-rectum.

Bien que les interventions par voie haute (la colopexie en particulier) n'aient pas, à notre connaissance, été suivies de récurrence in situ ou de métastases, nous pensons qu'il est préférable de tout faire par la voie basse : le péritoine pelvien constitue une barrière de protection qu'il vaut mieux ne pas dépasser, et le brassage de l'atmosphère cellulaire préiliaque (région lymphatique dangereuse) doit être évité à tout prix.

III. — Les résultats éloignés des différentes interventions proposées sont satisfaisants dans l'ensemble. Plusieurs fois le prolapsus a récidivé, mais une guérison durable a été obtenue après réintervention.

Le procédé de HARTMANN a donné 3 succès et 1 échec. Ce dernier s'est produit un an après l'opération sans que l'on puisse en expliquer la raison.

Deux fois la guérison était maintenue 1 an et 3 ans plus tard; pour notre cas personnel, le recul est à l'heure actuelle de 7 années.

IV. — Quant au pronostic fonctionnel, il dépend surtout du maintien ou de la suppression de l'anus de dérivation; notre observation montre que son maintien ne réduit pas les risques de récurrence du prolapsus.

V. — Le pronostic « social » ne se discute pas : la vie des malades est complètement transformée après la suppression de cette infirmité qui était auparavant pour eux un objet constant de préoccupations.

CHAPITRE XIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (L. Sebileau). Inédite

L'Amiral A..., aujourd'hui âgé de 62 ans, se présente à nous au début de *Mars 1944* pour un prolapsus d'anūs artificiel au périnée, consécutif à un abaissement du cōlon lors d'une amputation du rectum par voie périnéale pure ; ce prolapsus a pris des proportions telles que l'intéressé est véritablement devenu très impotent.

Les opérations successives qui l'ont conduit à cet état ont été les suivantes :

Le 12 Août 1942, l'établissement d'un anus iliaque gauche nécessité par des accidents occlusifs, et après localisation de l'obstacle à la partie haute du rectum (Médecin-Chef BAUGE).

Le 8 Septembre 1942, une amputation du rectum par voie périnéale pure, avec résection du coccyx. Elle est terminée par un abaissement du cōlon à la partie toute postérieure de la brèche opératoire, ce qui doit permettre ultérieurement la fermeture de la dérivation iliaque gauche (Médecin-Chef PERVES).

Quelques mois plus tard, deux incidents doivent être signalés, bien qu'ils n'interviennent pas dans la genèse des troubles qui font l'objet de cette observation :

— l'un d'eux nécessite, le 4 Avril 1943, une légère retouche de l'anūs artificiel abdominal un peu lâche (Docteur PERVES) ;

— l'autre, de rétention d'urine, apparemment inexpliqué, et qui aboutit le 15 Mai 1943 à une cystostomie sus-pubienne maintenue pendant quelque temps (Dr PERVES).

Mais surtout dès ce moment-là, c'est-à-dire moins d'un an après l'amputation par voie périnéale, le cōlon abaissé et fixé au périnée très en arrière, au contact du sacrum, se prolabe en se déroulant progressivement au point de commencer à déterminer une gêne telle que :

— le 17 octobre 1943, une opération de resserrement

des tissus périphériques est tentée (Docteur PERVES). L'échec en est total.

— Et le 12 novembre 1943, c'est-à-dire trois semaines plus tard, la cure du prolapsus est essayée de nouveau (Docteur PERVES); elle consiste en une libération des téguments cicatriciels circonscrivant l'intestin déplié à l'extérieur et dont le refoulement facile s'avère rapidement incoercible, puisque cette seconde tentative est suivie, comme la première, d'un échec complet.

En face de ces insuccès, et ayant décidé de conserver son anus iliaque gauche, l'Amiral A... vient vivre en Vendée où il s'efforce de s'habituer à son infirmité qu'il tend à considérer comme définitive.

Il est alors obligé de ralentir considérablement son activité, la position en décubitus latéral demeurant la plus acceptable parce que seule capable de maintenir le prolapsus à peu près réduit. Mais malgré tant de précautions et de soins minutieux, le déplissement intestinal s'accroît au point de devenir moins facilement réductible et constamment douloureux.

C'est à cette période que, pour la première fois, nous voyons l'Amiral A...

Le 14 mars 1944, sous anesthésie générale, nous pratiquons un cerclage de THUENSCH par fil métallique. Celui-ci chemine mal dans des tissus scléreux, cicatriciels, qui s'éraillent au cours de sa progression. Du côté du sacrum, le fil ne rencontre rien qui puisse l'empêcher de faire saillie sous la muqueuse intestinale. Mal supporté au milieu d'une zone inflammatoire qui craque de toutes parts, il est supprimé dix jours après ce nouvel essai.

En novembre 1944, l'infirmité est devenue considérable; la masse prolapsée a les dimensions globales d'une très grosse tête d'adulte; elle est difficilement réductible, mais la réduction ne se maintient plus, même en position couchée. Le malade est condamné à une immobilité à peu près totale : maire de sa commune, il ne peut et d'aucune façon se rendre à sa mairie. Chez lui, dans sa chambre où il vit constamment, il ne peut plus faire que quelques pas chaque jour.

Ces conditions de vie, jointes au malaise périnéal durable

et à l'hypersensibilité de la masse intestinale extériorisée, éprouvent fortement l'équilibre psychique de ce malade; quel que soit le risque que cela comportera, il nous demande alors de lui supprimer absolument son infirmité.

Le 9 novembre 1944, intervention (Docteur SEBILLEAU).
Anesthésie générale à l'éther.

Intervention sous couvert de l'anus iliaque gauche qui a toujours été conservé.

Position gynécologique avec forte inclinaison en arrière.

1° Incision elliptique circonscrivant immédiatement la masse prolabée. Décollement périphérique de celle-ci sur la hauteur de quelques centimètres dans la zone celluleuse péri-colique.

2° Section circonférentielle de proche en proche, avec hémostase à la demande, de l'intestin extériorisé et représenté par la double tunique éversée en doigt de gant dont le centre est occupé par la lumière du tube colique.

Dans l'interstice cellulo-graisseux péri-colique attiré à l'extérieur, entre les deux tuniques, apparaissent les canaux déférents et les vésicules séminales dont les rapports anatomiques ont été bouleversés au moment de l'amputation du rectum et qu'on résèque en bloc avec l'intestin libéré.

3° Le tube colique central isolé est facilement éloigné du sacrum au contact duquel il était. Il est reporté le plus loin possible en avant, vers la racine des bourses, pour être fixé, en fin d'intervention, à la peau de la partie toute antérieure de l'incision inter-fessière.

4° Entre le sacrum en arrière et le passage de l'intestin en avant, la brèche longitudinale est fermée par le rapprochement sur la ligne médiane des deux muscles fessiers libérés latéralement qui, sans tirer, viennent au contact par leur bord interne; ils masquent ainsi le passage du colon d'arrière en avant et lui constituent un plan de soutènement.

5° Suture de l'intestin à la peau libérée au début de l'intervention. Suture cutanée en arrière, sur un drain postérieur qui est au contact du sacrum.

Les suites opératoires ont été simples.

Le drain pré-sacré est enlevé au bout de 7 jours.

La suture des fessiers a tenu convenablement.

Le malade est rentré chez lui au bout de 20 jours.

Le résultat a été immédiatement excellent en ce sens qu'une vie à peu près normale a pu être menée par ce malade depuis la réalisation de cette cure, et que toute sensation douloureuse ou simplement pénible au niveau du périnée a complètement disparu.

Malgré le brassage de l'atmosphère cellulo-graisseux péri-rectal, aucune récurrence néoplasique n'est apparue.

Actuellement, ce résultat heureux s'est maintenu. Il ne persiste qu'une fistulette postérieure pré-sacrée et dont le suintement, probablement d'origine osseuse, est insignifiant. L'intéressé a voulu conserver son anus artificiel abdominal, ce qui simplifie singulièrement les soins de propreté de la région périnéale.

OBSERVATION II (G. Giangrasso)

Chez beaucoup de patients, porteurs d'un cancer du rectum et amputés par voie périnéale, il survient — généralement au bout d'un certain temps, parfois quelques semaines seulement après l'intervention — un prolapsus muqueux qui peut devenir complet secondairement. Ceci, parce qu'une partie du plancher pelvien et de l'appareil suspenseur du rectum a été réséqué au cours de l'opération.

Le plancher pelvien est formé par : le ligament recto-coccygien, les différents plans musculaires et l'aponévrose profonde, et surtout les muscles releveurs de l'anus insérés sur le sphincter; l'appareil suspenseur comprend le péritoine pelvien, les lames sacro-recto-génito-pubiennes et les pédicules vasculaires.

D'autres facteurs interviennent encore : le type de l'intervention, variable suivant le sexe; le diamètre de la brèche périnéale, comblée à la fin de l'opération par la suture des bords de la résection à la lèvre cutanée. Il est compréhensible que la grandeur du diamètre a une influence sur la rétraction cicatricielle de la partie distale du moignon rectal et sur la formation des plis radiaires de la peau environnante.

Il s'y ajoute d'autre part : l'action de la pression abdominale (efforts, toux, éternuements, etc...); la congestion de la muqueuse rectale, quelle que puisse en être la cause, etc...

La résultante de tels facteurs est de dilater l'orifice dans le prolapsus secondaire du rectum.

En ce qui concerne le prolapsus primitif, les techniques opératoires, imaginées par les différents auteurs, sont variées; beaucoup d'entre elles présentent de commun l'utilisation des divers éléments anatomiques de la région, capables de soutenir ou de fixer le rectum (QUENU-DUVAL, ACH, SICH, KUMMEL, CUNEO-SENEQUE, SUDEK, POPENEL, FINSTERER, LENORMANT).

Au contraire, dans le prolapsus secondaire, quand ces moyens de support essentiels viennent à manquer, la cure chirurgicale donne un résultat insuffisant et aléatoire.

D'un autre côté, si l'on n'intervient pas, la muqueuse prolapsée se congestionne et s'ulcère; la sécrétion, séro-hématique au début, devient purulente; des hémorragies, des abcès, voire des phénomènes généraux peuvent apparaître.

Pour remédier à ces inconvénients, les différents auteurs ont eu recours à des procédés opératoires de fortune, parfois imaginés et réalisés extemporanément, souvent suivis de bons résultats, comme c'est la règle.

En janvier 1945, se présente à la Clinique de notre Institut, un patient, F. de G., âgé de 63 ans, opéré au mois de juillet précédent d'une amputation du rectum par voie périnéale pour cancer ampullaire.

Deux mois plus tard, apparaît un prolapsus, d'abord muqueux, puis complet, réductible mais incoercible, qui, en peu de temps, devient procident de plus de 20 centimètres, d'un diamètre de 10 centimètres. Hémorragies spontanées, parfois pendant la défécation; cuissens; sécrétion d'abord séro-hématique, puis purulente par suite de l'ulcération de la muqueuse.

C'est dans cet état que le malade est venu nous trouver. En position debout, le prolapsus avait une forme cylindro-cônique; il mesurait 10 centimètres de diamètre à la base, 8 centimètres au sommet, et avait une longueur dépassant 20 centimètres; de consistance molle et élastique, s'affermissant par l'effort; celui-ci augmentait ses dimensions et la réduction, déjà difficile au début, devenait impossible. Dans le décubitus latéral ou dorsal, on pouvait constater le même état de choses; c'est seulement en position ventrale que la réduction était la plus facile. Il suffisait d'un effort minime pour que le prolapsus se reproduise.

Pas de récidives néoplasiques in situ ni de métastases.

Etant données ces conditions, mais surtout à cause de l'état de la muqueuse, ulcérée, abcédée en de nombreux endroits, et de la répétition des hémorragies qui avaient amené le malade à consulter, on s'est décidé à intervenir.

Pour cela on pense à ce procédé nouveau qui consiste en une plastie musculo-cutanée; elle ressemble dans ses divers temps à la périnéorraphie pratiquée en cas de rectocèle chez la femme. Ce procédé a pour résultat la formation d'un tunnel

très droit qui maintient réduit le prolapsus et le soutient en bas et en arrière par un nouveau plancher musculo-cutané.

L'intervention a été précédée d'une préparation locale consistant en pansements à une solution chaude d'hypochlorite de chaux jusqu'à détersion des ulcérations de la muqueuse et arrêt de la suppuration; puis en pansements au sérum physiologique pendant quelques jours. Deux lavements de sérum salé sont pratiqués la veille et le matin de l'intervention.

Les divers temps de celle-ci ont été les suivants :

1° Anesthésie à l'éther.

2° Position gynécologique avec flexion forcée des membres inférieurs pour obtenir une antépulsion et une rotation en avant et en haut du bassin.

3° Désinfection à l'alcool picriqué; réduction du prolapsus que l'on maintient au moyen d'un anneau métallique.

4° Incision curviligne de plus de 12 centimètres parallèle au bourrelet cicatriciel postérieur cutanéomuqueux du nouvel orifice anal et distant de celui-ci de 2 centimètres environ.

5° Préparation des plans par décollement de la peau et du tissu sous-cutané jusqu'à la paroi intestinale en avant, et en arrière jusqu'au raphé médian des muscles grands fessiers que l'on libère de leur aponévrose de recouvrement.

6° Suture par points séparés de catgut, intéressant toute l'épaisseur sous-cutanée des lèvres antérieures de l'incision, en commençant par un point médian, ce qui donne une ligne de suture plus longitudinale que transversale.

7° Affrontement sur la ligne médiane et par leur bord interne des deux muscles fessiers que l'on suture l'un à l'autre.

8° Suture de toute l'épaisseur sous-cutanée des lèvres postérieures de l'incision, en partant d'un point médian, jusqu'à la rencontre avec la ligne de suture précédente.

9° Sulfamides en poudre. Pansement sec. Opium. Diète.

Guérison per primam. Le malade sort 15 jours plus tard. Le résultat était excellent; quant au tunnel musculo-cutané, il permettait la sortie des selles et une continence partielle, et un petit lavement de propreté.

En outre, le prolapsus important était maintenu réduit d'une manière stable et protégé, puisque la lumière du tunnel était relativement petite.

Le malade est revu un an après : la guérison locale se maintient et la fonction intestinale est excellente.

Résumé

Dans un cas grave de prolapsus secondaire à l'amputation du rectum par voie périnéale pour cancer ampullaire, l'auteur a imaginé et réalisé un procédé technique original consistant en une plastie musculo-cutanée, de manière à constituer un tunnel qui, en plus de la contention du prolapsus, a permis une fonction intestinale excellente; et ce, avec un recul d'un an.

OBSERVATION III (H. Hartmann in Carrasco)

Femme de 60 ans. Opérée par M. HARTMANN d'un néo du rectum le 25 février 1924, qui pratique une amputation périméale.

En septembre 1929, la malade vient revoir le Professeur HARTMANN qui constate une descente de la muqueuse sans récédive du cancer. Depuis cette époque, elle remarque un léger écoulement clair, sans odeur, mouillant le linge. Elle constate également qu'une masse sort par l'anus. Cette tumeur rentre incomplètement sous l'influence du repos et devient plus grosse au moment de la défécation ou sous l'influence de la marche.

Examen le 17 juin 1930 : entre les fesses, fait saillie une masse cylindrique longue de 8 centimètres, du volume d'un boudin, s'incurvant vers la gauche. Aspect de la muqueuse rectale un peu rouge. En avant, on voit une cicatrice antéro-postérieure arrivant jusqu'au voisinage de l'orifice vulvaire, creusé par une cicatrice transverse. La vulve n'est pas dilatée. On constate un demi-anneau fibreux résistant immédiatement en arrière de cette cicatrice. Lorsque l'on introduit l'index gauche dans la vulve et qu'on le recourbe en arrière de ce demi-anneau, on constate qu'il n'existe qu'une mince couche fibreuse séparant la paroi rectale de la muqueuse vaginale.

Lorsqu'on réduit le prolapsus, on constate qu'il existe un orifice mesurant trois bons travers de doigt dans le sens antéro-postérieur et 1,5 centimètre dans le sens transversal.

Immédiatement en arrière, on sent la résistance osseuse de l'extrémité du sacrum. Entre l'orifice du prolapsus et la vulve, existe une distance de trois bons travers de doigt.

Opération le 2 juillet 1930. Rachi. Position de la taille. Fermeture de l'anus. Incision tout autour de l'anus, prolongée en avant et en arrière de celui-ci. Dissection de l'orifice anal, puis du rectum au milieu des tissus fibreux résistants, très serrés en avant du sacrum. Nous cherchons le grand fes-

sier, ne le trouvant pas immédiatement. Fente à gauche, nous y arrivons; alors nous chargeons le rectum avec des crins en 8 de chiffre. Drain à la partie postérieure de la suture, fixation du bout rectal à la partie antérieure de l'incision.

Résultat : guérison.

Revue le 26 juillet 1933 : la malade est dans un bon état général lui permettant de se livrer à ses occupations habituelles. A l'examen, on constate un bourrelet muqueux rouge, débordant l'anūs de 1 centimètre, ne causant que très peu de gêne.

OBSERVATION IV (H. Hartmann in Carrasco)

Homme de 64 ans, peintre. Opéré pour cancer du rectum le 6 juillet 1929 par M. HARTMANN, qui fait une amputation périnéale. Le malade reste 2 mois à l'hôpital et sort en bon état; mais au début d'octobre de la même année, il remarqua une masse qui sortait à travers son nouvel anus. Le prolapsus a augmenté peu à peu et le malade rentre à nouveau à l'hôpital le 20 novembre 1929.

A l'examen : on voit sur la partie antérieure et médiane du périnée une cicatrice antéro-postérieure. Très en arrière contre le sacrum, un orifice béant plus large qu'une demi-paume de main, limité par un contour fibreux, laissant voir la face interne du rectum. Quand le malade marche, on voit un gros prolapsus, comme deux poings, en tronc de cône, à base anale, se recourbant en arrière par son sommet.

Opération le 27 décembre 1929 par M. HARTMANN. Rachi. Décubitus ventral, jambes pendantes un peu écartées. Incision se dédoublant autour de l'anus, se continuant en avant. Séparation du rectum facile latéralement et en arrière. Le péritoine est ouvert des deux côtés, puis refermé par un surjet au catgut. En avant, séparation au bistouri dans un tissu fibreux cicatriciel.

Le bout rectal est couché dans la rigole creusée, son extrémité reportée de 6 à 7 centimètres en avant. De chaque côté, les bords des fessiers sont découverts. Des crins sont successivement passés en 8 de chiffre, chargeant les bords des fessiers, fauflant le rectum au passage, puis repassés à travers les lèvres cutanées. Le bout rectal est fixé par quelques crins à la peau dans sa nouvelle situation. Un drain est placé dans la partie postérieure de l'incision au devant du sacrum, en arrière de la ligne de suture, dans l'évidement pré-sacré du rectum.

Le malade sort le 24 février 1930 en bon état.

Mais il revient à l'hôpital le 29 décembre 1930, pour récurrence de son prolapsus. A l'examen : on voit un large orifice grand comme une demi-paume de main, à bords fibreux,

laissant voir le rectum qui perd un peu. Dès qu'il est debout : boudin long de 18 centimètres, gros comme un mince poignet de femme, rectiligne, rougeâtre.

Opération le 21 janvier 1931 par M. HARTMANN. Rachi. Fermeture de l'anus par un fil de lin en surjet. Incision circulaire; l'orifice fermé, libéré, est saisi par une pince de Richelot. En arrière, nous arrivons rapidement en avant du sacrum. Latéralement, section des lames fibreuses allant au rectum, et, en ouvrant le péritoine, on voit alors l'intestin libre, recourbé sur lui-même, ne tenant en avant qu'à une lame fibreuse que nous séparons au bistouri.

Il tombe alors à l'extérieur une partie du côlon longue de 25 centimètres environ. Ligature en deux paquets du mésocôlon. Section. Le péritoine est refermé par une série de catguts reliant le rectum à la vessie, quelques points fixent le rectum aux parties latérales. Section. Suture à la peau. Taponnement à la gaze iodoformée du décollement préalablement rétréci en arrière par suture superficielle et profonde.

Le malade sort le 24 février 1931 en bon état. Le rectum n'a plus tendance à se prolaber, mais présente de l'incontinence des matières et le malade est obligé de se garnir.

Il revient à l'hôpital le 3 mars 1931 pour des douleurs vagues dans le bassin, plus marquées en arrière, au niveau du sacrum, plus du côté gauche. Ces douleurs surviennent principalement le jour quand le malade est debout et après la fatigue. En même temps, le malade présentait des difficultés pour uriner : la miction était lente et le malade était obligé de pousser.

Le 21 août de la même année, le malade, qui avait quitté l'hôpital, fait une rétention d'urine qui l'amène à nouveau dans le service où il a été sondé deux fois; puis il recommence à uriner spontanément.

A ce moment, le toucher rectal est impossible, l'anus ne permettant pas l'introduction du petit doigt. Le malade reste toujours à l'hôpital et continue à souffrir de douleurs vives, la nuit, empêchant le sommeil. Ces douleurs siègent dans le bassin, sans point fixe, et irradient vers la cuisse gauche.

Plus tard, le malade présente une zone d'anesthésie autour de l'orifice anal, sur les fesses, au niveau des tubérosités ischia-

tiques, à peu près symétriquement à droite et à gauche, et à la partie supérieure de la face interne des cuisses, sur 5 à 8 centimètres de hauteur.

Le malade reste une année environ dans le service et finit par succomber à une cachexie cancéreuse.

OBSERVATION N (*H. Hartmann in Carrasco*)

Homme de 61 ans. Le 23 juin 1905, amputation périnéale pour cancer. Deux mois après apparition d'un prolapsus qui s'aggrave peu à peu. Quand le malade rentre à l'hôpital le 31 janvier 1906, le rectum sort sur 12 centimètres; la saillie augmente encore après la marche et pendant les efforts de défécation, et occasionne des troubles urinaires qui s'améliorent avec un traitement approprié.

Intervention le 14 mars 1906 :

« Incision circulaire autour de l'orifice du nouvel anus, puis fermeture de celui-ci par un surjet à la soie. Dissection du rectum qu'il faut isoler péniblement en sculptant dans une masse cicatricielle qui l'entoure (il a été partiellement réséqué lors de la première opération). Nous pouvons marcher rapidement dans le décollement postérieur. En avant et latéralement, la libération du rectum est de même difficile jusqu'au moment où nous avons ouvert le péritoine. Libération du rectum aux ciseaux sur 13 centimètres. Nous faisons alors à gauche sur le grand fessier une incision parallèle à la direction des fibres de ces muscles et écartons celles-ci avec la sonde cannelée puis le doigt; finalement, nous attirons à travers la boutonnière le rectum libéré, et par dessus le coude que fait le rectum dans le périnée, nous suturons en masse au fil d'argent la peau et les masses fibreuses sous-jacentes, ne laissant qu'un point ouvert pour le passage d'un petit drain. Deux catguts fixent le rectum à la boutonnière du muscle fessier.

« La plaie est refermée par des crins dont les plus rapprochés de l'intestin chargent au passage les tuniques externes. Le bout du rectum laissé fermé pend en dehors de la plaie et est enveloppé de gaze iodoformée. Résection 15 jours après du bout flottant du rectum au thermocautère. Guérison par affrontement spontané de la muqueuse à la peau. Anus continent régulier. »

OBSERVATION VI (B. Breitner)

Homme de 46 ans, peintre. Entre à la clinique Eiselsberg le 3 novembre 1925.

Depuis le mois de février précédent, apparition de glaires au moment des selles et d'hémorragies; épreintes, ténésme rectal. Amaigrissement important en quelques semaines. A l'examen : cancer circulaire juxta-anal, ulcéré.

Opération de KRASKE le 5 novembre. Etablissement d'un anus sacré. Le malade sort de la clinique le 27 novembre en bon état.

Vers la fin mars 1926, débute un prolapsus sacré qui atteint une longueur de 15 centimètres au mois de mai, et gêne considérablement le malade. Le 10 mai, amputation du prolapsus à la MIKULICZ. Le 23 mai, le malade rentre chez lui guéri.

Mais bientôt, après une période silencieuse, entrecoupée seulement de petites hémorragies, le prolapsus récidive; il se laisse réduire dans la position couchée. Mais cette manœuvre devient peu à peu douloureuse et le prolapsus s'accompagne d'algies sacrées. Le malade rentre à nouveau à la clinique.

L'examen montre un prolapsus de 10 centimètres de longueur, formé surtout par la paroi rectale postérieure. Pas de récidive néoplasique locale ni de métastases.

Pour traiter ce prolapsus, nous décidons d'appliquer une autre méthode et choisissons l'anus intra-fessier.

Intervention le 17 novembre 1926.

Anesthésie générale à l'éther.

Après réduction du prolapsus, nous excisons la peau tout autour de l'anus et libérons le côlon abaissé. Après incision du péritoine, nous voyons un côlon sigmoïde très mobile avec un long méso. Nous le mobilisons de manière à le transplanter au milieu de la fesse à droite. Là, nous pratiquons une incision à travers les muscles, assez large pour y insinuer deux doigts. Nous passons un spéculum dans cette brèche mus-

culaire, qui nous sert à attirer le sigmoïde à travers les plans profonds, puis superficiels. Nous suturons les bords de l'intestin à la lèvre cutanée. Nous fermons la brèche sacrée sur une petite mèche.

Les suites sont simples. Dès le quatrième jour, le malade émet des selles, et à partir du 8 *décembre*, ses fonctions intestinales sont régulières.

Il quitte la clinique le 21 *décembre*.

Revu un an après, la continence est parfaite, il n'y a plus de prolapsus.

OBSERVATION VII (*H. Hartmann in Carrasco*)

Femme de 62 ans. En 1893, amputation périnéale pour cancer. Quelques mois plus tard, apparition d'un prolapsus muqueux du volume d'un œuf, et qui s'accompagne d'une incontinence des matières et de pertes glaireuses. La tumeur s'accroît progressivement, notamment à la suite d'un accouchement deux ans plus tard. La gêne qu'elle provoque incite la malade à porter un bandage en toile et à prendre des soins d'hygiène rigoureux. L'état demeure stationnaire grâce à ce traitement, jusqu'à 62 ans, où une bronchite grippale, occasionnant de violentes quintes de toux, provoque un accroissement de la tumeur et de la gêne.

À l'examen, le 6 mars 1922, on voit pendre à la peau de l'anus, une masse rouge, fort volumineuse, plus grosse que le bras, allongée, cylindrique, s'incurvant en arrière et à gauche, très large à sa racine, se rétrécissant progressivement vers son extrémité inférieure percée d'un orifice. La muqueuse est enflammée dans ses $\frac{2}{3}$ supérieurs et plissée transversalement; elle présente un aspect vaseliné, jaunâtre dans son $\frac{1}{3}$ inférieur. Continuité parfaite de la région de la tumeur avec la muqueuse anale, sans sillon intermédiaire.

Intervention le 17 mars 1922.

« Incision transversale antérieure. Ouverture immédiate du péritoine. On voit dans la cavité, un cylindre constitué par le côlon avec des franges épiploïques et un méso qui le rattache à la partie postérieure de la cavité. Section circulaire à la jonction de la peau et de la muqueuse. Puis résection du côlon au-dessus du point où il s'engorge dans l'évagination.

Suture du bout supérieur. Incision sur la fesse gauche. Dissociation du grand fessier, perforation en regard du péritoine du côlon abaissé; puis, après avoir amené par le trajet ainsi créé le bout colique, établissement par quelques points de suture d'un anus fessier. Fermeture du péritoine au niveau du trou résultant de la résection avec du catgut. Crins en 8 de chiffre sur le plan sous-jacent et la peau. On laisse un petit drain. »

Le malade sort 18 jours après l'opération.

OBSERVATION VIII (*H. Hartmann in Carrasco*)

Femme de 29 ans. Opérée le 24 janvier 1911 d'une rectite ulcéreuse et sténosante par une amputation périnéale.

Vers la fin mai 1911, la plaie opératoire commença à sup-purer et la malade remarqua une saillie qui sortait à travers son anus, surtout lorsqu'elle se mettait debout. La saillie aug-menta de volume peu à peu, et la malade décida d'entrer à l'hôpital.

À l'examen, lorsque la malade pousse de la région de l'anus, on voit un orifice large comme les 2/3 de la paume de la main, occupé par une muqueuse dont les plis ferment presque complètement l'orifice anal. Elle se succède à la peau par une limite nette. La coloration est grisâtre, et elle est recouverte d'une mince pellicule surtout au niveau de la circon-férence postérieure où il existe une bande rouge vif. Au niveau de la partie antérieure, muqueuse épaissie, exulcérée. Au toucher rectal, elle est souple, sans altération. Quand la malade se met debout et pousse, il se fait une chute de l'in-testin, formant une grosse tumeur cylindrique du volume de deux poings.

Intervention le 30 septembre 1911.

« Petite incision circulaire à la limite de la peau et de la muqueuse. Surjet fermant le rectum. Par dessus, deuxième surjet fermant la peau. Incision cutanée dans des tissus fi-breux; un peu au-dessus, zone décollable. Isolement du rectum; pendant cet isolement en avant, petite ouverture du cul-de-sac péritonéal.

« Incision à 5 centimètres à gauche sur la peau, trou à travers la fosse ischio-rectale jusqu'au rectum que nous rame-nons à travers ce trajet, le coudant ainsi pour l'ouverture; au niveau du nouvel orifice cutané, trois catguts chromés rap-prochent les parties fibreuses limitant la cavité périnéale (de gauche à droite); quatre fils de bronze prennent en masse les parties cutanées.

« Un drain est laissé dans le périnée, un peu en arrière de la partie postérieure de l'incision. Le bout rectal, dont nous excisons la jonction muquo-cutanée, est grossièrement fixé par quelques crins aux lèvres de l'incision cutanée latérale gauche. »

Revue le *13 septembre 1912* : garde-robes moulées, régulières, mais éventration périnéale médiane.

OBSERVATION IX (P. Huel)

Mme X..., 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. le Professeur MATHIEU, pour dyschésie et hémorragies de sang rouge par l'anus. L'examen révèle chez elle l'existence d'un néoplasme ampullaire, extirpable, du rectum. Le 19 juin 1930, amputation périnéale du rectum. Suites simples. Guérison.

Le 10 janvier 1931, cette malade revient dans le service parce qu'elle présente un prolapsus de la muqueuse de l'intestin abaissé : excision de celle-ci sous anesthésie locale et suture. Guérison.

Le 5 juin 1931, la malade se présente à nouveau dans le service. Le prolapsus a récidivé, mais n'est plus limité à la seule muqueuse et comprend maintenant la totalité des tuniques intestinales : l'intestin s'extériorise en un double cylindre d'une longueur de 7 à 8 centimètres et est aisément réductible. Nous repoussons chez cette opérée pour cancer dont l'intervention principale ne date que d'un an, toute idée d'intervention importante, et nous bornons à pratiquer un cerclage de TURKSON au fil de bronze. D'ailleurs, l'exécution de cette opération est rendue difficile par l'absence de plans périnéaux résistants. En particulier, en avant, entre rectum et vagin, l'épaisseur des tissus est minime et ne semble offrir au fil aucune prise solide. Néanmoins, les suites sont simples; mais au 35^e jour, la malade revient dans le service : le fil a ulcéré la peau, en sorte que nous devons l'extraire. Récidive à peu près immédiate du prolapsus.

Le 10 mars 1932, nous revoyons la malade porteuse d'un prolapsus considérable. Celui-ci mesure plus de 20 centimètres de long et est à peu près irréductible. Ne pouvant faire mieux, sans enthousiasme, et sans compter beaucoup sur l'efficacité de cette mesure, nous pratiquons une amputation du double cylindre extériorisé, avec sutures minutieuses des différents plans. Nous suivons à peu près la technique de

MIKULICZ; le cul-de-sac de Douglas est ouvert au cours de l'intervention; nous y apercevons des anses grêles libres. La guérison est simple et survient sans complications.

En novembre 1932, nouveau retour de la malade dans le service pour nouvelle récurrence de son prolapsus. Le délai qui s'est écoulé depuis la première intervention (amputation pour cancer) est alors de 30 mois; commençant à espérer que la cure du néoplasme sera peut-être durable, je me crois autorisé à envisager chez cette malade, qui demande une opération efficace, une intervention plus importante.

L'absence de toute musculature périnéale me fait rejeter l'idée d'une myorrhaphie. Je décide de pratiquer, par l'abdomen, une oblitération du cul-de-sac de Douglas, et, si après la double amputation déjà subie il reste encore du côlon mobile, une colopexie. L'oblitération du cul-de-sac de Douglas me semble indispensable, car au cours de l'amputation du prolapsus pratiquée en mars 1932 par le périnée, j'en avais constaté la profondeur; celui-ci dépasse le plan du périnée, tendant à former en somme une véritable hernie périnéale.

Le 14 novembre 1932, je pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles, entièrement libres, sont aisément refoulées et protégées par un champ. L'anse pelvienne mobile est encore relativement longue, malgré l'abaissement et la double amputation déjà subis; je pratique donc avec des fils non résorbables et après réduction du prolapsus, une fixation du côlon au muscle psoas gauche dénudé par incision du péritoine de la fosse iliaque.

Je veux alors pratiquer une oblitération du cul-de-sac de Douglas comme je l'ai vu faire à mon maître LECENE, et l'ai déjà fait moi-même sur son conseil, avec de bons résultats dans le traitement du prolapsus banal du rectum.

Malheureusement, le péritoine pelvien ne s'y prête pas. Au lieu de se laisser soulever à la pince, et mobiliser sur les parties sous-jacentes, il est intimement fusionné avec celles-ci. En fait, il m'est absolument impossible d'espérer oblitérer le cul-de-sac de Douglas par des sutures en bourses superposées, tant celui-ci est scléreux, rigide et parcouru de bandes cicatricielles, vestiges évidents de la double ouverture qu'il a subie par voie basse.

A ce moment me vient l'idée, pour combler l'excavation pelvienne, d'utiliser l'utérus et des ligaments larges. Une légère traction sur le fond utérin me permet d'amener l'organe au contact du promontoire. Je décide de les fixer l'un à l'autre. A cet effet, j'incise transversalement le feuillet péritonéal au devant de la saillie osseuse, et, dissociant à la sonde cannelée le tissu cellulo-graisseux, je dénude les plans fibro-périostés qui matelassent la face antérieure du sacrum. Je ne suis gêné dans cette manœuvre ni par l'intestin, que la pexie déjà réalisée maintient à gauche de la ligne médiane, ni par le nerf pré-sacré qui ne m'apparaît pas; un petit vaisseau, la sacrée moyenne probablement, est lié sans difficulté.

A l'aide de la robuste aiguille à fistule, je charge alors dans les plans fibreux pré-sacrés, trois points de fil de lin solide, un médian et deux latéraux, qui, repris et traversant par un trajet intra-mural le parenchyme utérin, fixent solidement à l'os le versant postérieur du fond de l'organe. J'ai l'impression d'avoir ainsi obtenu une fixation très solide.

Il subsiste à ce moment, de chaque côté de l'utérus, derrière chacun des ligaments larges, un couloir par où pourrait s'engager dans le Douglas une anse grêle; j'en oblitère l'entrée par un surjet qui fixe de chaque côté le faite du ligament large (en l'espèce le ligament rond) au détroit supérieur. A droite, le surjet est continu et ferme complètement la brèche; à gauche, j'arrête le surjet, conduit d'avant en arrière, au point où il rencontre le côlon pelvien, ménageant ainsi à celui-ci sa descente dans le pelvis. Pour lui réserver un orifice exactement suffisant, et éviter encore qu'une anse ne s'engage entre lui et le ligament large qui est à son contact, quatre à cinq points séparés rapprochés, préférables à un surjet qui risquerait de froncer, fixent l'un à l'autre côlon pelvien et ligament large, fermant ainsi toute communication entre la grande cavité péritonéale et le Douglas désormais exclu. Enfin la lèvre supérieure de l'incision du péritoine pré-sacré est suturée au versant antérieur du fond utérin, péritonisant ainsi la suture de fixation utéro-sacrée.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires parfaitement simples.

Guérisson maintenue depuis deux ans et demi.

OBSERVATION X (P. Moulonguet). Inédite

Mme T..., 59 ans, entre à l'hôpital Tenon le 22 janvier 1937, pour cancer du rectum extirpable. Après colostomie gauche, on pratique au mois de février une amputation périnéale classique, facile, avec section haute de l'intestin pour réaliser l'entonnoir fibreux. On place un Mikulicz; les suites sont bonnes. Le mois suivant, l'anus iliaque est refermé facilement.

En mars 1941, les lèvres de la plaie périnéale se sont accolées, nécessitant une réparation à la GERNEZ. L'anus est donc coccygien; malheureusement, il est fort évaginé : le prolapsus a une longueur de 15 centimètres, et, malgré cela, la malade se souille peu et prétend ne pas être gênée. On propose une colopexie.

Celle-ci est pratiquée le 19 avril :

« Incision iliaque gauche pour pouvoir réparer l'éventration de l'ancienne colostomie en même temps que pratiquer la colopexie. On trouve difficilement l'utérus sous la vessie. On procède de la manière suivante :

— deux points entre utérus et rectum ramené au maximum en haut (le Douglas n'étant pas comblé) ;

— surjet entre le péritoine du détroit supérieur et le méso-côlon ;

— deux points entre côlon et psoas et repéritonisation. Cure de l'éventration. Paroi aux crins. »

La malade se porte bien pendant plusieurs années (elle subit entre temps une amputation du sein pour cancer primitif). En 1948, elle est revue avec une énorme récidive de son prolapsus que l'on ne traite pas. En 1951, elle se porte bien, mais garde toujours son prolapsus.

OBSERVATION XI (Ch. Lenormant)

Femme de 41 ans. Le 19 avril 1901, amputation périnéale classique par BERGER sous couvert d'une colostomie iliaque gauche pour cancer du rectum.

Au bout de 4 ou 5 mois, sans qu'elle eût fait d'efforts violents, la malade constate l'existence d'un prolapsus du rectum et de l'utérus, marqué surtout dans la station debout. C'est pour cette raison qu'elle revient à la fin juin 1902.

A l'examen, l'anus artificiel fonctionne d'une manière très satisfaisante. Il n'y a pas de trace de récurrence du cancer. Lorsqu'on examine la région périnéale, on fait les constatations suivantes :

— la vulve est normale ;

— immédiatement en arrière de la vulve, le périnée présente une fente médiane antéro-postérieure, longue de 8 ou 10 centimètres, donnant passage à une masse ovale, grosse comme le poing, avec en son centre l'orifice circulaire un peu ulcéré du col utérin ; impulsion très nette en avant et surtout en arrière ; la masse se laisse facilement réduire, mais ressort immédiatement ;

— Enfin, séparée du prolapsus génital par un pont cutané large d'un centimètre, la fente périnéale, laissée par l'amputation du rectum, donne issue à un prolapsus de forme cônique, rouge vif, plissé transversalement, non incurvé, long d'environ 6 centimètres, présentant un orifice circulaire à son sommet ; ce prolapsus est facilement réductible et reste maintenu tant que la malade ne fait pas d'effort, surtout si elle porte un bandage contentif ; léger écoulement glaireux par le rectum ; l'orifice anal est perméable à 4 doigts.

BERGER décide de faire simultanément la fixation abdominale de l'utérus et du côlon, puis, plus tard, de fermer la fente périnéale par une intervention complémentaire.

Intervention le 9 juillet 1902.

Après constipation pendant 48 heures, tamponnement iodoformé de l'anus artificiel depuis la veille, nettoyage à

fond de la paroi; l'anus est protégé par des compresses et, aussitôt l'incision faite, on fixe de chaque côté des compresses avec des pinces, pour éviter toute contamination.

Incision de la paroi. L'utérus n'est attiré qu'avec assez de peine, traversé un peu au-dessous des ligaments ronds avec une anse de soie, fortement relevé, basculé en avant. Le côlon, après réduction digitale du prolapsus, est attiré en haut, aussi fort que possible et fixé à la face postérieure de l'utérus, de chaque côté, par deux points de soie, prenant des appendices graisseux et la musculuse. Puis trois autres anses de soie sont passées transversalement, au-dessous de la première, depuis le col jusqu'au fond de l'utérus (l'âge de la malade excluant la possibilité de grossesse ultérieure). Le péritoine et le grand droit sont compris dans chacune de ces quatre anses transversales, de chaque côté; elles réalisent donc à la fois la fixation de l'utérus et la réunion profonde de la paroi.

Les ligaments ronds sont traversés à leur origine, de chaque côté, par une anse de fort catgut; chaque anse est passée très haut, au travers de toute la paroi (grand droit et sa gaine); puis, après réunion par un surjet au catgut du feuillet antérieur de la gaine de bas en haut, les deux anses des ligaments ronds sont fortement attirées et réunies sur la ligne médiane, de façon à renforcer la suture. Crins de Florence sur la peau.

Les suites sont bonnes. La malade est sortie guérie le 25 septembre et 15 jours plus tard, elle écrit qu'elle va bien.

OBSERVATION XII (*Th. Kochr in Lenormant*)

Homme de 60 ans, ayant subi en *juillet 1899* une amputation périnéale pour cancer, suivant le procédé de l'auteur. Il revient 6 mois plus tard, se plaignant d'un écoulement muqueux par l'anus; on put constater que l'anus était très large, béant, perméable à deux doigts, et que la muqueuse prolatabait un peu. On fait une opération plastique.

Au bout de 6 mois, le malade avait un prolapsus conique, long de 8 centimètres.

Intervention en *août 1900* : Sigmoidopexie.

« Incision parallèle à l'arcade crurale, prolongée au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, jusqu'au péritoine. L'anse colique est facilement attirée en haut et en dehors, aussi loin que possible, et fixée au péritoine pariétal de la fosse iliaque interne par des points de suture prenant la séreuse intestinale; suture de la paroi abdominale. »

18 mois après l'opération, en *février 1902*, le malade est resté complètement guéri de son prolapsus et de son cancer. L'incontinence fécale, due à la destruction du sphincter lors de l'amputation du rectum, a bien entendu persisté.

OBSERVATION XIII (*H. Hartmann in Carrasco*)

Femme de 52 ans, ayant subi une amputation du rectum pour cancer le 4 janvier 1928. Pendant 6 ans, bon état général, aucune récurrence de son cancer. Au mois de janvier 1934, la malade revient à l'hôpital parce qu'elle a remarqué depuis quelques jours qu'en allant à la selle, une masse sortait en dehors de l'anus. Cette masse, du volume d'une noix, se réduisait dans la position couchée pour ressortir au moment de la défécation.

Opération le 22 février 1934 (M. HARTMANN).

« Raché. Incision circulaire au bord de l'orifice du prolapsus réduit; fermeture par un surjet au fil de lin de cet orifice. On continue l'incision circulaire en profondeur dans un tissu fibreux cicatriciel; puis on décolle les parties molles et on amène en avant le péritoine. Sous le doigt introduit par cet orifice péritonéal, nous incisons de chaque côté les parties avec les ciseaux, en libérant complètement l'intestin. On peut alors attirer un bout de côlon très long, en sectionnant le méso le long des pinces de Kocher; on continue jusqu'à ce que l'intestin, tenu solidement, ne se laisse plus attirer. Ligature du méso. Fixation de l'intestin à la paroi postérieure du vagin et aux parties fibreuses latérales, ce qui en même temps ferme le péritoine. Section de l'intestin. Fixation à la peau par des crins. »

On ne constatait aucune récurrence du cancer, aucun ganglion. Mais sur la muqueuse, on remarquait une série de petites tumeurs molles, du volume d'un pois.

Revue en mai 1934, pas de récurrence du prolapsus.

OBSERVATION XIV (P. Moulonguet). Inédite

M. G..., 60 ans, est hospitalisé le 8 août 1947, pour épithélioma cylindrique ano-rectal avec adénopathies inguinales importantes. Après anus iliaque gauche, on pratique au mois d'octobre une amputation de Lisfranc au bistouri électrique, remontant jusqu'à la partie moyenne de l'ampoule, sans ouverture du péritoine et après résection du coccyx. Un curage inguinal bilatéral est pratiqué le mois suivant. La présence d'une petite tuméfaction du méso-rectum, d'origine lymphatique, que l'on sent par le toucher périnéal, oblige à réintervenir le 24 janvier 1948 pour poursuivre l'amputation du rectum :

« Après incision du pourtour de l'abouchement colo-périnéal, on trouve du tissu scléreux difficile à franchir où l'on ne reconnaît rien de net. Cette sclérose cesse assez vite en avant où l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal; mais en arrière, la sclérose remonte très haut, au delà du décollement pré-sacré, qu'on ne dépasse pas, et juste au-dessous duquel on résèque environ 6 centimètres de côlon. On ferme le cul-de-sac péritonéal et on abouche le côlon au périnée. Les suites sont bonnes. »

Mais un an après, l'abouchement colo-périnéal commence à s'extérioriser, et il se constitue peu à peu un prolapsus.

Le 10 mai 1949, nouvelle intervention pour cure de ce prolapsus : « L'opération de Mikulicz est très facile. Une fois le cylindre externe sectionné au ras de l'an us, le sigmoïde se déroule, et, après hémostase progressive du méso, on enlève environ 25 centimètres d'intestin. On n'a pas vu d'anses grêles ni d'épiploon. L'intestin sectionné est cousu à l'an us aux crins séparés ».

Cependant, à la suite de cette intervention, une récurrence néoplasique locale apparaît. Elle est électro-coagulée au mois d'août de la même année : cette intervention conduit sur des bourgeons cancéreux dans la concavité sacrée; la section

du côlon, remontée très haut, porte elle aussi des bourgeons.

En *octobre*, le malade revient à l'hôpital : la récurrence est très importante. On fait alors une autre électro-coagulation pour enrayer les hémorragies qui deviennent abondantes : la coagulation est faite à la grosse boule par voie cutanée et dans la cavité anale.

Le *26 novembre*, nouvelle électro-coagulation pour essayer d'obtenir l'hémostase. De fait, les hémorragies cessent, mais le malade meurt cachectique le *24 décembre 1949*.

L'examen histologique des récurrences a montré un épithélioma atypique.

OBSERVATION XV (*H. Hartmann in Carrasco*)

Femme de 54 ans. Opérée le 2 mai 1930 pour un cancer du rectum par HARTMANN. Amputation périnéale.

Jusqu'au mois de septembre 1930, la malade était en bon état de santé; à cette époque, elle remarque une masse qui sort à travers l'anus, et elle perd du liquide glaireux, quelquefois du sang. La malade est très gênée pour s'asseoir; et la masse prolabée sortant de plus en plus, elle revient dans le service le 5 janvier 1931.

Opération le 22 janvier 1931 par HARTMANN.

« Râchi. Nous constatons qu'en arrière le rectum, sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, est confondu avec un bloc fibreux, puisqu'il se recourbe en avant.

« Fermeture de l'anus. Incision circulaire. Le rectum se trouve en arrière ouvert, mais nous craignons alors l'infection, et nous nous abstenons de faire une amputation haute colo-rectale. Nous nous contentons d'exciser 3 à 4 centimètres de rectum, n'ouvrant pas le péritoine, suturant le bout supérieur à la peau par 4 crins, laissant béante la partie postérieure que nous tamponnons à la gaze iodoformée »

La malade reste 28 jours à l'hôpital.

Guérison.

OBSERVATION XVI (*P. Berger in Lenormant*)

Homme de 27 ans. Entre en *février 1890* pour un épithélioma de l'anūs et du rectum datant de quelques mois et s'étendant sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Extirpation le *11 juin 1890* : résection du coccyx et de la pointe du sacrum; ablation de 8 à 9 centimètres d'intestin sans ouverture du péritoine; fixation du bout supérieur en anus sacré. Guérison sans incident.

A la fin de l'année, ce malade revient avec, au niveau de son anus sacré, un prolapsus rectal de plus de 8 centimètres, recourbé en arrière comme une queue en trompette, sortant pendant la défécation et la marche; ulcération au point le plus saillant, hémorragies et douleurs intolérables. Pas de récédive du néoplasme.

Colopexotomie le *25 mai 1891*. Fixation de l'anse par le procédé de RECLUS et par suture de quelques appendices épiploïques au péritoine pariétal et à l'aponévrose du transverse. Suites bonnes. Ouverture de l'intestin le 9^e jour.

Guérison rapide de l'ulcération.

Fermeture de l'anūs iliaque; destruction de l'éperon par une application d'entérotome, puis, le *9 janvier 1892*, fermeture de l'anūs par la méthode intra-péritonéale.

La guérison du prolapsus se maintint pendant 1 mois et demi, mais, le *24 février*, jour où le malade était présenté à la Société de Chirurgie, on constatait un commencement de récédive muqueuse au niveau de son anus sacré. Cette récédive, par la suite, ne tarda pas à devenir complète. BERGER fit à cet homme une résection très étendue, enlevant tout l'intestin qui se laissa amener par une traction forte, et obtint ainsi la guérison.

OBSERVATION XVII (*J. Habart in Lenormant*)

Femme de 54 ans, opérée le 16 février 1886 d'une amputation périnéale pour cancer du rectum.

Par suite de la destruction du sphincter et de l'ablation des couches graisseuses de la fosse ischio-rectale, elle eut, dès la fin de son séjour à l'hôpital, un prolapsus rectal d'abord peu considérable, mais qui augmenta peu à peu, devint difficile à réduire, s'accompagna de douleurs sacrées, de brûlures à l'anus, d'incontinence, et ne fut plus maintenu par les bandages.

Elle dut entrer le 13 septembre 1888 à la clinique d'Albert. A l'examen : on trouve un anus ovale, allongé, élargi, sans sillon le séparant de la muqueuse rouge, sèche et lisse qui recouvre le prolapsus. Celui-ci forme une tumeur en boudin, grosse comme un bras d'enfant, longue de 15 à 30 centimètres, sur 25 centimètres de circonférence maxima, avec, au sommet, une fente donnant issue à un mucus vitreux mélangé de matières. En avant, signes manifestes d'hédrocèle, ce qui amène HOCHENEGG à rejeter la résection de MIKULICZ et la ligature de WEINLECHNER.

Intervention le 20 septembre 1888.

« Après section circulaire du cylindre externe au ras de l'anus, HOCHENEGG découvrit très haut le cylindre interne par une incision rétro-anale et une résection du coccyx, puis sectionna le méso et le cylindre interne; on vit alors, entre l'intestin qui venait d'être coupé et la paroi postérieure du vagin, le cul-de-sac de Douglas ouvert sur une largeur de 4 travers de doigt et où venaient se hernier les anses grêles. Le cul-de-sac fut fermé par trois points unissant le péritoine pariétal au revêtement séreux de l'intestin (ces points lâchèrent pendant la nuit suivante et les anses grêles furent expulsées dans le pansement; du volume d'une tête d'adulte, elles furent réduites le lendemain matin); on ter-

mina en fixant le bout supérieur de l'intestin à la place du coccyx et en rétrécissant la plaie cutanée. 42 centimètres d'intestin avaient été réséqués. »

Les suites sont bonnes. La malade se lève le 12^e jour et sort de la clinique guérie, un mois après son opération.

OBSERVATION XVIII (R.-H. Kummer in Lenormant)

Femme de 53 ans, atteinte d'une chute considérable du rectum, de 10 à 12 centimètres environ.

Cette malade avait subi en *avril 1894*, pour un cancer du rectum, une amputation de cet organe par la méthode de KRASKE, avec établissement d'un anus sacré. Elle guérit sans réaction de cette intervention, et ne présente pas de trace de récidive après plus d'un an et demi; mais depuis quelques mois, elle est fort incommodée par une chute du rectum qui s'est insensiblement développée à travers l'anus sacré.

Le 20 août 1895, KUMMER fait l'opération suivante :

« Incision circulaire de l'anus sacré; isolement de toute la partie inférieure du moignon rectal sur une étendue de 10 à 12 centimètres environ. Chemin faisant, le péritoine est ouvert en plusieurs points et immédiatement suturé. Pour rétrécir la lumière rectale, le bout isolé est tordu d'environ 135 degrés sur son axe vertical. L'effet immédiat de cette torsion est démontré de la manière suivante : l'intestin tordu étant en place, prêt à être suturé, la malade fait un violent effort de vomissement; et, contrairement à ce qui se passait avant l'intervention, l'intestin ne se prolabe pas. »

La guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à présent (environ 6 mois).

OBSERVATION XIX (*J. Bakes in Lenormant*)

Femme de 58 ans ayant subi en *septembre 1895* une amputation périnéale pour cancer du rectum.

Incontinence des matières, et au bout de trois semaines, apparition progressive d'un prolapsus. Malgré le port d'une pelotte, aucune amélioration; le prolapsus finit par atteindre 7 centimètres de long.

Intervention le *18 décembre 1896*.

« Position de la taille. Après section médiane de la paroi postérieure du vagin, division de la fourchette et du périnée; on incise circulairement l'orifice anal, on mobilise et on attène le rectum qui est amputé sur une hauteur de 8 centimètres, après fixation du bout supérieur avec des clamps. Ce bout est ensuite tordu deux fois de 180 degrés sur son axe vertical, suivant le procédé de GERSUNY; la torsion la plus haute est fixée par des sutures perdues; la seconde, au niveau de l'extrémité inférieure, à 4 centimètres plus bas, est fixée par des sutures à toute la circonférence de l'anus. Réunion de la paroi vaginale postérieure et du périnée. »

Après des suites quelque peu troublées, la malade sort guérie. Le rétrécissement du segment inférieur du rectum obtenu est considérable; néanmoins, la continence n'est pas complète et le besoin doit être satisfait immédiatement.

OBSERVATION XX (*H.-S. Meade*)

Les cas de prolapsus complet du rectum sont heureusement rares. Les femmes sont généralement plus atteintes que les hommes, les efforts de l'accouchement exerçant probablement un rôle prédominant dans l'étiologie de cette affection. Moscovitz (1912) fut le premier à considérer le prolapsus complet de l'adulte comme une véritable éventration à travers le plancher pelvien. TATTLE (1903) avait affirmé auparavant que dans un prolapsus de la paroi rectale antérieure, on pouvait trouver un sac herniaire.

Miss S. B., 35 ans, vient me trouver en 1941 parce qu'elle pense avoir des hémorroïdes procidentes depuis plus d'un an. À l'examen, je lui découvre un prolapsus complet du rectum. En faisant asseoir la malade quelque temps, le prolapsus descend de 10 à 12 centimètres. À la palpation de la masse prolabée, on pouvait sentir dans sa partie antérieure une tumeur qui donnait l'impression d'être un kyste.

Intervention le 29 octobre 1941.

« En explorant la cavité pelvienne, je trouve un kyste pédiculé du parovaire qui, une fois la masse intestinale refoulée, pendait entre les deux feuillets antérieurs et était libre et non adhérent derrière un utérus rétroversé. Incisant le péritoine au fond du cul-de-sac de Douglas, je sens le rectum que je contourne comme pour une amputation.

« Ayant tiré le rectum en haut aussi loin que possible, je place plusieurs points séparés de chaque côté, qui solidarisent ainsi le rectum au péritoine pelvien pariétal et aux releveurs de l'anus. Ensuite, je pratique une plicature, suivie d'une suture, des feuillets péritonéaux autour du rectum et du colon pelvien.

« Exceptée l'incision du péritoine (que j'avais pratiquée dans des cas précédents avec de bons résultats), le protocole opératoire était celui de l'intervention de Moscovitz.

« J'avais refoulé l'intestin aussi loin que possible vers le haut pour former une boucle avec le colon pelvien, puis

suturé les deux côtés de la boucle. Je réalisais ainsi une suspension de l'utérus à la GILLIAN qui, grâce à sa rétroversion, tendait le rectum et son prolapsus. Le kyste du parovaire fut réséqué. »

Cinq ans plus tard, le 6 août 1946, ma malade revient en se plaignant de troubles rénaux et de récurrence de son prolapsus. Celui-ci est, en effet, aussi important que la première fois : l'échec de l'intervention est total. Pour cette récurrence, je pratique une recto-sigmoïdectomie suivant la technique de MILES, réséquant 25 centimètres d'intestin, avec rétablissement de la continuité par abouchement du côlon à la partie supérieure du canal anal. Les suites opératoires sont simples. La malade quitte l'hôpital au bout de 14 jours.

Je ne l'ai plus revue jusqu'au 29 juillet 1947, date à laquelle elle revient pour récurrence de son prolapsus qui s'est produite au mois de mars précédent, c'est-à-dire sept mois après la résection. Mais l'examen ne révèle aucun signe de prolapsus, même en faisant pousser la malade. Comme elle affirme évacuer difficilement son intestin, je pense à la possibilité d'un rétrécissement au niveau de l'anastomose, mais la sigmoïdoscopie ne révèle aucun signe de striction; en fait il était même très difficile de discerner la ligne de suture.

En priant la malade de s'asseoir sur un montauban et de pousser quelques minutes, je remarque un fait assez singulier : la malade extérieurement un « ballon » de muqueuse d'environ 20 centimètres de diamètre, à travers l'orifice anal plutôt élargi. L'examen détaillé de cette saillie montre qu'il ne s'agit pas d'un vrai prolapsus. Je peux introduire mon doigt dans la lumière intestinale située directement derrière cette masse procidente qui se révèle ainsi être une hernie de la paroi rectale antérieure à travers l'orifice anal. La paroi postérieure du rectum ne participe pas à l'ectropion. Après avoir réfléchi sur la conduite à tenir, je décide d'essayer suivant la technique de TIMERSCH, un cerclage de l'anus au fil d'argent. Je le pratique le 31 juillet à l'aide d'un fil de fort calibre introduit sous la peau pour circonscrire le sphincter externe. Au moment de faire le nœud, je laisse un anneau suffisant pour que l'intestin remplisse sa fonction, et de calibre tel qu'il puisse empêcher une dilatation trop

importante du sphincter. Cette manœuvre maintient réduit le prolapsus, mais occasionne de la gêne et quelques douleurs dans la zone péri-anale.

Le 24 octobre 1947, je revois la malade qui accuse de violentes douleurs. A l'examen, le fil a perforé la paroi antérieure du canal qui est le siège d'une inflammation aiguë et suppure. Le fil fait saillie dans la lumière intestinale, aussi je le coupe et l'enlève sous anesthésie au Penthotal.

Trois semaines plus tard, la malade réclame l'ablation manuelle d'un fécalôme; celui-ci est évacué par lavements d'huile et d'eau. Après ablation du fil, l'intestin fonctionne d'une manière satisfaisante, ce que l'on surveille pendant le début de la convalescence. Puis la malade reprend ses activités habituelles, sans être suivie par la suite. De temps en temps, sous l'influence d'un effort plus important, il se produit un petit degré de prolapsus qui, cependant, n'occasionne aucune gêne.

(Quelque temps après mon observation, THOMAS G. ORR décrivit un prolapsus identique au mien qu'il traita avec succès par colopexie).

OBSERVATION XXI (F. Kerschner)

Homme de 66 ans. Opéré 17 ans auparavant, en 1911, d'une amputation du rectum pour cancer, avec abaissement du côlon au périnée. Quelque temps après, l'anus périnéal s'élargit et il se produit un ectropion de la muqueuse, sans autres troubles.

En 1928, à la suite d'une chute dans un escalier, il se produit un prolapsus du gros intestin, long de 12 centimètres, avec une déchirure antéro-latérale de l'hédrocèle. Par cet orifice, sort de l'intestin grêle, et le volume des anses ainsi extériorisées atteint celui d'une tête d'enfant. Après nettoyage soigneux de la région au sérum physiologique, on réintègre les anses intestinales dans la grande cavité péritonéale, et l'on suture la brèche.

Puis le prolapsus du côlon est traité par un cerclage de THIERSCH au fil d'argent après réduction de la procidence.

Les suites sont excellentes. Mais le fil d'argent doit être enlevé un peu plus tard parce qu'il a coupé. L'anus s'élargit un peu; cependant, le prolapsus ne se reproduit pas.

OBSERVATION XVII (P. Moulounguet). Inédite

Mme C..., 51 ans, entre à l'hôpital Bichat en *février 1946* pour épithélioma glandulaire du canal anal indurant profondément la cloison recto-vaginale et les téguments environnants. Le cancer est traité par Radiothérapie de contact, suivie d'une colostomie sur l'anse sigmoïde pratiquée le *22 juin 1946*. Trois électro-étincelages pour plaie atone du périnée consécutive à la radiothérapie sont nécessaires les mois suivants.

Le *23 juin 1947*, l'ulcération ano-périnéale électro-coagulée est parfaitement cicatrisée, mais l'anus est élargi et scléreux et la valeur du sphincter paraît douteuse. Néanmoins, le *17 juillet* l'anus iliaque est refermé. Les suites sont bonnes, la continence est relative. Mais il apparaît quelque temps plus tard un prolapsus rectal important qui doit, à plusieurs reprises, être réduit.

Toujours aucun signe de récurrence.

Le *15 octobre 1949*, BREGER intervient pour pratiquer une colopexie :

« Large incision curviligne iliaque gauche entamant la gaine du grand droit. Libération des adhérences en rapport avec la colostomie gauche. Le Douglas est très profond; on le cloisonne par des bourses au fil de lin. Fixation des bords droit et supérieur du côlon aux faces postérieures du dôme vaginal et du ligament large gauche. Amarrage du côlon pelvien aux muscles psoas et petit psoas dont la gaine a été incisée. L'absence de péritoine en haut et à gauche laisse une zone dépéritonisée en dehors du côlon fixé, dans laquelle on passe une mèche. Paroi en un plan aux crins. »

Les suites opératoires sont bonnes.

Mais la malade revient trois mois plus tard pour récurrence de son prolapsus. Elle est opérée à nouveau le *13 février 1950* :

« La paroi, qui n'a pas été refaite au matériel non résorbable est largement éventrée. On repasse par la même

incision en préparant d'abord la paroi et en libérant de nombreuses adhérences assez lâches du côlon gauche et des anses grêles. On arrive ainsi à explorer le pelvis où une anse grêle paraît cousue par un fil de lin au péritoine pré-sacré. Le recto-sigmoïde est assez correctement fixé à la face postérieure de l'utérus. L'utérus lui-même n'est pas fixé. Il semble qu'on pourrait, par une hystéropexie, maintenir la tension du rectum. On commence par le cloisonnement vaginal de l'espace pré-utérin, puis par le cloisonnement de la très large fosse qui subsiste sur les côtés du rectum, notamment à droite, le tout au fil de lin. On fait alors une hystéropexie corporéale le plus haut possible à la paroi abdominale. On ferme l'espace latéro-utérin gauche qui constituait à ce moment-là une fossette dangereuse. On refait un point d'attache du sigmoïde au psoas. Paroi en deux plans au fil métallique. »

Après l'intervention, on vérifie la région anale : on y retrouve un fil de Thiersch qui est à moitié exposé; il est enlevé. En tirant avec une pince en cœur sur la paroi rectale, on arrive, aussi bien en avant qu'en arrière, à l'extérioriser, mais elle paraît rentrer spontanément. A cause de cette tendance au prolapsus antérieur prédominant, on renonce au décollement pré-sacré avec tamponnement qui avait été envisagé.

Le résultat paraît bon au début, mais au bout de quelques mois le prolapsus récidive, que la malade déclare intolérable.

Le 13 juillet 1950, on décide de réintervenir sur le périnée, et l'on avait pensé à faire soit une sclérose profonde par thermocautère, soit un MUKLICH. Mais à l'intervention, il apparaît que le périnée est infundibulaire et complètement déficient, et la périnéorraphie s'impose :

— en avant : myorraphie des releveurs par deux crins doubles ;

— en arrière : périnéorraphie à la CUNEO-SENEQUE.

En définitive, l'anus paraît bien rétréci et l'infundibulum périnéal a disparu.

Les suites sont excellentes; les fils sont enlevés le 25 juillet et la réparation paraît satisfaisante.

Guérison maintenue depuis six mois.

OBSERVATION XXIII (M. Jaboulay)

Homme de 65 ans. Se présente dans le service au mois de *septembre 1907* avec un volumineux prolapsus de 15 centimètres. Celui-ci s'était développé progressivement à la suite de trois interventions que le malade avait subies quelques années auparavant pour une fistule anale et un épithélioma du rectum ayant nécessité une amputation.

JABOULAY employa chez ce malade un procédé original relevant du même principe que la ceinture de peau appliqué au traitement des éventrations, capable de soutenir le prolapsus et de s'opposer à la chute du rectum.

Pour cela, il suffit de pratiquer à gauche et à droite du prolapsus, dans les régions fessières, à peu de distance de l'anus (3 à 4 centimètres environ), une incision rectiligne ou concave en dedans, longue de 7 ou 8 centimètres, et intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On obtient ainsi une plaie longitudinale, ou plutôt curviligne à concavité interne. La lèvre interne de cette plaie, libérée par une petite dissection sous-cutanée, est suturée sur la ligne médiane avec la lèvre interne de la plaie opposée. On obtient ainsi, au devant de l'anus et du prolapsus, un pont cutané, dont la face profonde ou dermique, est devenue externe et superficielle. C'est sur cette face que l'on vient appliquer et suturer l'une à l'autre les deux lèvres externes. Quand l'opération est terminée, on a réalisé un véritable rideau inter-fessier, cutané sur ses deux faces, et composé par la superposition des deux couches cutanées se regardant par leur face dermique, et destinées à s'accoler.

Ce pont cutané transforme une partie de la rainure inter-fessière en un tunnel par où les matières peuvent s'écouler au dehors. Ainsi se trouve constituée une sangle artificielle renforçant et suppléant dans une certaine mesure le rôle de sustentation du périnée à l'égard du rectum.

Le prolapsus ne s'est pas reproduit. Et le malade bénéficie d'une opération dont les suites furent simples et qui ne présenta pour lui aucun danger.

CHAPITRE XIV

CONCLUSION

I. — Le prolapsus colo-rectal consécutif à l'amputation périnéale pour cancer est une affection de fréquence variable : si le prolapsus muqueux est d'observation courante et ne comporte aucune sanction thérapeutique, le prolapsus total est infiniment plus rare; les cas publiés sont en petit nombre, les traitements préconisés divers, mais peu d'auteurs se sont vraiment intéressés à ce type de complication.

II. — La situation trop postérieure de l'anus périnéal et l'insuffisance du plancher pelvien sont les deux causes essentielles du prolapsus post-opératoire qui, par ailleurs, reconnaît une étiopathogénie extrêmement complexe.

III. — La masse intestinale prolabée est souvent d'une importance considérable; l'infirmité qu'elle entraîne conduit le malade à réclamer une opération qui le soulage complètement.

IV. — Des considérations anatomo-cliniques basées sur l'âge et l'état du sujet, la nature et les circonstances d'apparition du prolapsus, doivent guider le chirurgien dans le choix d'une intervention simple, efficace et non dangereuse chez ces anciens cancéreux.

V. — Le procédé que nous avons utilisé dans un cas grave présente tous ces avantages.

Il consiste dans une amputation complète du prolapsus, suivie d'une réfection soignée du plancher périnéal après avoir reporté le plus en avant

possible le nouvel anus de manière à lui faire subir une double couture, et à reconstituer le canal anal avec sa longueur et son obliquité naturelles; la myorrhaphie des grands fessiers permet d'obtenir un excellent moyen de soutien pour le côlon abaissé.

VI. — Cette technique a donné des résultats durables dans 3 cas sur 4; le malade que nous avons traité de cette façon reste complètement guéri de son prolapsus depuis 7 ans.

Si le pronostic vital de cette complication est toujours bénin, celui de l'intervention l'est également. Et l'on permet au malade, par la suppression définitive de son infirmité, de mener une vie presque normale.

Vu : *Le Doyen,*
L. BINET.

Vu : *Le Président de Thèse,*
MOULONGUET-DOLERIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
J. SARRAILH.

CHAPITRE XV

BIBLIOGRAPHIE

- BAKES (J.). — Operative Therapie des Mastdarmvorfalles. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, LIV, 3 et 4. Janvier 1900. p. 325-370).
- BERGERET (A.), HEPP (H.). — Le Cancer du Rectum. (Encyclopédie médico-chirurgicale. Volume Estomac-Intestin. Fascicule 9084, 1949).
- BOECKEL (J.). — Résultats éloignés de l'extirpation du Rectum et de l'S iliaque. 50 cas personnels. (10^e Congrès français de Chirurgie, 1897, p. 609).
- BREITNER (B.). — Anus Glutealis rezidivierenden Prolaps nach Amputatio Recti. (Wiener Klinik Wochenschrift, 42. 9 mai 1929, p. 638-639).
- CARRASCO (A.-B.). — Contribution à l'étude des Prolapsus du Rectum. (Thèse Paris, 1935).
- CHALIER (A.). — Traitement chirurgical du Cancer du Rectum. (Thèse Lyon, 1909).
- CHARRIER (J.), GOUZI (J.). — Traitement chirurgical et résultats de l'ablation du Cancer du Rectum par amputation abdomino-périnéale. (Presse Médicale, 4 mars 1939, 47, n^o 18, p. 337-340).
- CHRISTIAN (L.). — Erfahrung mit der Operationmethode nach Saraffof bei Mastdarmprolaps. (Wiener Klinik Wochenschrift, 26. 2 juillet 1948, p. 421-422).
- COUDRAY (G.). — Traitement du Prolapsus total du Rectum chez l'adulte. (Presse Médicale, 28-31 mai 1941, n^o 46-47, p. 585-586).
- DELBET (P.). — Maladies de l'Anus et du Rectum. (Traité de Chirurgie de Delbet-Le Dentu, tome XXVIII, 1916; Ch. IV et V).

- DESGOUTTES (L.). — 17 cas d'amputation abdomino-périnéale du Rectum pour Cancer. Abaissement systématique du bout supérieur au périnée. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 10 juin 1925, 51, p. 699).
- DEVIMEUX (P.). — La voie sacrée pure dans la Chirurgie du Rectum. Techniques et indications. (Thèse, Paris, 1946).
- FAURE (J.-L.). — Rectum et Anus. (Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus, Tome VI, 1898, p. 842 et 877).
- FORGUE (E.). — Maladies du Rectum et de l'Anus. (Précis de Pathologie Externe, 1948, Tome II, p. 771-797).
- GABINET (M.-Y.). — Technique d'exérèse du Rectum en deux temps par voie combinée. (Thèse, Paris, 1938).
- GAUDIER (H.). — Résultats éloignés de l'extirpation des Cancers du Rectum par les voies basses. (34^e Congrès français de Chirurgie, 1925, p. 118).
- GERSUNY (R.). — Eine Sphinkterplastik am Darm. Nachbehandlung des Mastdarmendes nach Krebsamputation. (Centralblatt für Chirurgie, Tome XX, 1^{er} juillet 1893, p. 553).
- GIANGRASSO (G.). — Procidimento di tecnica operatoria per la cura del Prolasso del Retto, secondario ad amputazione perineale per Cancro. (Rivista di Chirurgia Italiana. Napoli. I, mai-juin 1947, p. 228-232).
- GOULLIoud (P.). — Résultats éloignés de l'amputation abdomino-périnéale du Cancer du Rectum. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1925, p. 1030-1042).
- GUILLON (J.). — Au sujet de l'exérèse du Cancer du Rectum par voie abdomino-périnéale. (Thèse, Paris, 1938).
- HABART (J.). — Ein Beitrag zur Chirurgie des Mastdarmvorfalles. (Wiener Klinik Wochenschrift, 16. 18 avril 1889).
- HALTER (G.). — Zum plastischen Verschluss von Defekten des Levator ani durch den Musculus glutealis maximus.

(Wiener Medizinische Wochenschrift, 23-24. 12 juin 1948, p. 241-242).

HARTMANN (H.). — Chirurgie du Rectum. (Masson, Paris, 1931).

HARTMANN (H.). — Résultats éloignés de l'amputation abdomino-périnéale. (26^e Congrès français de Chirurgie, 1913, p. 655; Journal de Chirurgie, décembre 1913, p. 693).

HARTMANN (H.), BARBILIAN (N.). — Quelques remarques à propos de 398 opérations pour Cancer du Rectum. (34^e Congrès français de Chirurgie, 1925, p. 106).

HUBERT (J.). — Le prolapsus complet du Rectum. Traitement chirurgical. (Thèse, Bordeaux, 1946).

HUET (P.). — Prolapsus colo-rectal chez une amputée du Rectum. Cure opératoire par hystéro-hyéro-pexie (fixation utéro-sacrée). (Journal de Chirurgie, 1935, p. 363-366).

JABOULAY (M.). — Prolapsus du Rectum après amputation, traité et guéri par le procédé de la ceinture cutanée interfessière. (Lyon Médical, 1908, Tome CX, p. 255).

JACQUOT (R.). — A propos du traitement du Cancer du haut-rectum chez la femme (De l'ablation en bloc de l'appareil utéro-annexiel et du Rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale). (Thèse, Lyon, 1920).

JONES (D.-F.). — End results of radical operations for Carcinoma of the Rectum. (Journal of the American Surgery Association, 1929, Tome XLVII, p. 195).

KERSCHNER (F.). — Dünndarmvorfall durch einen rupturierten Dickdarmprolaps nach einer vor 17 Jahren wegen Carcinoms vorgenommenen Rektumaputatio. (Centralorgan für die Gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete, 19 février 1938, Tome XLV, n^o 8, p. 415-417).

KUMMER (R.-H.). — Communication à la Société Médicale de Genève. (4 décembre 1895; Revue Médicale de la Suisse Romande, 1896).

- LAFFITTE (H.), SUIRE (P.). — Remarques anatomiques et techniques au sujet de l'amputation abdomino-périnéale. (Journal de l'Internat, Chirurgie, mai 1950, 10, n° 3, p. 203-222).
- LANGUE (R.). — Traitement du prolapsus total du Rectum par l'exérèse muqueuse. Procédé de Delorme-Juvára. (Thèse, Paris, 1910).
- LECENE (P.). — Le traitement des Cancers du Rectum. (Thérapeutique Chirurgicale de Lecène-Lériché, 1926. Tome III: Abdomen par Lecène, ch. XII).
- LEIBOVICI (R.), LICHNEWSEY (R.). — L'anüs artificiel périnéal après amputation du Rectum cancéreux. (Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 19, 10 mars 1949, p. 801-805).
- LENORMANT (Ch.). — Le prolapsus du Rectum. Causes et traitement opératoire. (Thèse, Paris, 1903).
- LEVEST (J.). — Du traitement de certains prolapsus du Rectum par les opérations plastiques sur le périnée. (Thèse, Lyon, 1904).
- LYOT (C.). — Traitement du prolapsus du Rectum. Thèse, Paris, 1889).
- MANDL (F.). — Die operative Verwertung des Prolapses aus dem Anus sacralis nach Entfernung eines Rektumkarzinoms. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 201, 1947, p. 243-251).
- MEADE (H.-S.). — Prolapse of anterior rectal wall following recto-sigmoidectomy. (Irish Journal of Medical Science, 6, 276, décembre 1948, p. 794-796).
- MENNE (E.). — Contribution à l'étude du Prolapsus du Rectum. (Thèse, Paris, 1889).
- MONDOR (H.). — Contribution à l'étude du Cancer du Rectum. (Thèse, Paris, 1914).
- MONNET (J.-E.). — Prolapsus génitaux après amputation périnéale du Rectum. (Thèse, Paris, 1939).

- MONPROFIT (A.). — Le prolapsus sacré après l'amputation de Kraske. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 28 novembre 1895).
- MORESTIN (H.). — Suites et complications des interventions par la voie sacrée. (Gazette des Hôpitaux, 24 mars 1894).
- MOULONGUET (P.). — Trois observations de Prolapsus consécutif à l'amputation périnéale pour Cancer du Rectum. (Archives de l'Hôpital Tenon, Paris, 1951).
- MOULONGUET (P.), GERNEZ (Ch.). — Opérations réparatrices pour Prolapsus consécutifs aux amputations du Rectum chez la femme. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 20 juin 1945; Presse Médicale, 30 juin 1945, n° 26, p. 355).
- PADOVANI (P.). — Le Prolapsus du Rectum. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Volume Estomac-Intestin. Fascicule 9080, 11936).
- PLATAREANI (V.-M.). — Die transperitoneale Rektumfalke im totalen Prolaps. (Centralblatt für Chirurgie, 25 décembre 1943, n° 49-52, p. 1755-1758).
- QUENU (E.), DUVAL (P.). — La colopexie. (Revue de Chirurgie, Paris, février 1910, Tome XLI, p. 135).
- QUENU (E.), HARTMANN (H.). — Accidents tardifs de l'anus périméo-sacré. (10^e Congrès français de Chirurgie, 1897, p. 559).
- QUENU (E.), HARTMANN (H.). — Les Epithéliomas du Rectum. (Chirurgie du Rectum, Tome III, 1889, ch. IV).
- QUENU (J.). — Les interventions par voie basse et par voie combinée. (Traité de Technique Chirurgicale, 1944, Tome IV, ch. XII, 10).
- REGARD (E.). — Technique opératoire et résultats post-opératoires de l'amputation du Rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée (Thèse. Paris, 1932).

- RICARD (A.). — L'amputation abdomino-périnéale du Rectum chez l'homme avec abaissement systématique au périnée. (Journal de Chirurgie, février 1930, Tome XXXV, p. 177).
- RICHARD (G.). — Résultats éloignés de l'extirpation du Rectum cancéreux chez la femme (après hystérectomie abdominale totale). (Thèse, Lyon, 1920).
- ROBERT (C.). — Nouveau procédé pour le traitement des énormes Prolapsus du Rectum. (Thèse, Lyon, 1908).
- ROUVIERE (H.). — Rectum. Périnée. (Traité d'Anatomie Humaine, 1943, Tome I, p. 897-907 et p. 1062-1087).
- SANTY (P.). — Prolapsus après amputation abdomino-sacrée sans anus préalable. (Lyon Chirurgical, janvier 1943, Tome XXXVIII, n° 1, p. 43).
- SANTY (P.). — Amputation abdomino-sacrée. (Lyon Chirurgical, janvier 1944, Tome XXXIX, n° 1, p. 6; décembre 1946, Tome XLI, n° 6, p. 641).
- SARAFOFF (D.). — Neue Versuche auf Grund der operativen Behandlung des Mastdarmprolapses. (Centralblatt für Chirurgie, 29 juillet 1939, n° 30, p. 1717-1723).
- SCHWARTZ (A.). — Résultats éloignés de l'extirpation des Cancers du Rectum. (34^e Congrès français de Chirurgie, 1925, p. 35).
- SCHWARTZ (A.). — Résultats éloignés de l'amputation abdomino-périnéale. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 31 octobre 1928, p. 1150).
- SCHWARTZ (A.), HUARD (S.). — Prolapsus et Cancer du Rectum. (Pratique Médico-Chirurgicale, 1931, Tome VII, p. 573-584 et 591-599).
- SOUPAULT (R.), LEBOVICI (R.). — Technique d'amputation du Cancer du Rectum par voie abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée. (Journal de Chirurgie, décembre 1931, Tome XXXVIII, p. 816).

- TOUPET (A.). — L'amputation du Rectum avec abaissement systématique au périnée. (Revue de Chirurgie, novembre-décembre 1950, Tome LXIX, n° 11-12, p. 334-340).
- VERJAT (R.). — Contribution à l'étude du traitement du Prolapsus du Rectum par le procédé de Lockhart-Mummery. (Thèse, Paris, 1945).
- VOLKMANN (R.). — Ueber den Mastdarmkrebs und die Extirpation Recti. (Sammlung klinische Vorträge, 1878, n° 131).
- WITZEL (H.). — Zur Rectostomia glutealis. (Centralblatt für Chirurgie, 1894, p. 937 et 1262).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je jure, par APOLLON médecin, par ASCLEPIOS, HYGIE et PANACÉE, et je prends à témoin tous les Dieux, toutes les Déesses, d'accomplir selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte : d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet art, de faire vie commune et, s'il est besoin, de partager mes biens avec lui; de tenir ses enfants comme mes propres frères, de leur enseigner cet art, s'ils ont besoin de l'apprendre, sans salaire ni promesse écrite; de faire participer aux préceptes, aux leçons et à tout le reste de l'enseignement, mes fils, ceux du maître qui m'a instruit, les disciples, inscrits et engagés selon les règlements de la profession, mais ceux-là seulement. J'appliquerai les régimes pour le bien des malades, selon mon pouvoir et mon jugement, jamais pour faire tort ou mal à personne. Je ne donnerai à personne pour lui complaire, un médicament mortel, ni un conseil qui l'induisse à sa perte. De même, je ne donnerai pas à la femme de remèdes capables de tuer son fruit, mais j'emploierai constamment ma vie, jusqu'à la vieillesse, à garder la femme pure de cette faute. Je ne taillerai pas moi-même ceux qui souffrent de la pierre, mais j'en ferai présent aux Maîtres experts en cet art, en les leur confiant. Dans quelque maison que ce soit où j'entre, j'entrerai pour le salut du malade, fuyant, au plus loin, tout soup-

çon de malfaisance ou de corruption; et cela, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, des enfants ou des serviteurs. Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret.

Si j'accomplis ce serment avec fidélité, qu'il m'arrive de jouir de ma vie et de mon art en bonne réputation parmi les hommes et pour toujours; si je m'en écarte et l'enfreins, qu'il m'arrive le contraire.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	17
------------------------	----

CHAPITRE I

INTRODUCTION	19
------------------------	----

CHAPITRE II

RAPPELS ANATOMO-CLINIQUES	25
-------------------------------------	----

I. — <i>Le Rectum et le Cœlon</i>	27
II. — <i>Structure histologique</i>	29
III. — <i>Topographie du Périnée</i>	30
IV. — <i>Moyens de fixité du Rectum</i>	32
V. — <i>Physiologie du Rectum et du Cœlon</i>	33
VI. — <i>Les muscles Grands Fessiers</i>	34
VII. — <i>Le Cancer du Rectum</i>	35
VIII. — <i>Le Traitement du Cancer du Rectum</i>	36

CHAPITRE III

OBSERVATIONS	39
------------------------	----

I. — <i>Résumé des Observations</i>	41
II. — <i>Conclusions</i>	48

CHAPITRE IV

FRÉQUENCE	51
---------------------	----

II. — <i>Evolution</i>	88
III. — <i>Complications</i>	89

CHAPITRE IX

TRAITEMENT	91
I. — <i>Procédés d'exérèses</i>	94
A) Résection de la muqueuse (<i>Delorme-Juvara</i>)	94
B) Résection totale du Prolapsus (<i>Mikulicz</i>)....	95
II. — <i>Procédés s'adressant aux moyens de soutien</i>	97
A) Cerclage de <i>Thiersch</i>	97
B) Rétrécissement de l'Anus	98
C) Sphincter artificiel	99
a) Anus intra-fessier	100
b) Procédés plastiques	101
D) Rétrécissement du Rectum	102
a) Procédé de <i>Lecène</i>	102
b) Recto-plicature	103
c) Torsion de <i>Gersuny</i>	103
E) Opération de <i>Sarafoff</i>	104
F) Opération de <i>Cunéo-Sénèque</i>	105
G) Myorrhaphie des fessiers de <i>Hartmann</i>	106
III. — <i>Procédés s'adressant aux moyens de suspension</i>	106
A) Colopexie	106
B) Rectopexies postérieures	108
IV. — <i>Procédés particuliers</i>	109

CHAPITRE X

TECHNIQUE OPÉRATOIRE	113
--------------------------------	-----

CHAPITRE XI

ICONOGRAPHIE	121
------------------------	-----

CHAPITRE XII

PRONOSTIC	137
---------------------	-----

CHAPITRE XIII

OBSERVATIONS	143
I. — <i>L. Sebileau</i> : Myorraphie des fessiers ..	145
II. — <i>G. Giangrasso</i> : Myorraphie des fessiers..	149
III. — <i>H. Hartmann</i> : Myorraphie des fessiers..	153
IV. — <i>H. Hartmann</i> : Myorraphie des fessiers..	155
V. — <i>H. Hartmann</i> : Anus intra-fessier gauche	158
VI. — <i>B. Breitner</i> : Anus intra-fessier droit....	159
VII. — <i>H. Hartmann</i> : Anus intra-fessier gauche	161
VIII. — <i>H. Hartmann</i> : Anus latéral gauche.....	162
IX. — <i>P. Huet</i> : Colopexie	164
X. — <i>P. Moulonguet</i> : Colopexie	167
XI. — <i>Ch. Lenormant</i> : Colo-hystéropexie	168
XII. — <i>Th. Kocher</i> : Sigmoïdopexie	170
XIII. — <i>H. Hartmann</i> : Amputation du prolapsus	171
XIV. — <i>P. Moulonguet</i> : Amputation du prolapsus	172
XV. — <i>H. Hartmann</i> : Amputation du prolapsus	174
XVI. — <i>P. Berger</i> : Amputation du prolapsus....	175
XVII. — <i>J. Habart</i> : Amputation du prolapsus....	176
XVIII. — <i>R.-H. Kummer</i> : Torsion de Gersuny....	178
XIX. — <i>J. Bakes</i> : Torsion de Gersuny	179
XX. — <i>H.-S. Meade</i> : Cerclage de Thiersch....	180
XXI. — <i>F. Kerschner</i> : Cerclage de Thiersch	183
XXII. — <i>P. Moulonguet</i> : Opération de Cunéo-Sé- nèque	184
XXIII. — <i>M. Jaboulay</i> : Plastic cutanée	186

CHAPITRE XIV

CONCLUSION	187
----------------------	-----

CHAPITRE XV

BIBLIOGRAPHIE	191
SERMENT D'HIPPOCRATE	201